Monsieur le Prof. Dr [illegible]

Hommage respectueux de l'auteur

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

LE CANCER DU SEIN

PAR

J. KÆSER

Médecin.

DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BALE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Genehmigt auf Antrag von Herrn Professor Dr A. Socin.

LAUSANNE

IMPRIMERIE GEORGES BRIDEL

1880

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

LE CANCER DU SEIN

PAR

J. KÆSER

Médecin.

DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BALE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Genehmigt auf Antrag von Herrn Professor Dr A. Socin.

LAUSANNE

IMPRIMERIE GEORGES BRIDEL

1880

AVANT-PROPOS

Le carcinome ayant été considéré pendant fort longtemps comme une maladie incurable, il n'est pas sans intérêt de rechercher quel est actuellement l'état de la question et quels progrès peuvent avoir été réalisés pendant ces dernières années dans l'étude et dans le traitement de cette affection.

L'anatomie pathologique est à l'heure qu'il est en état de nous donner des renseignements fort importants sur la nature des tumeurs à leur début. Elle a rendu possible le diagnostic du cancer à une époque où le caractère malin de l'affection ne se révèle encore par aucun signe extérieur, c'est-à-dire précisément à l'époque où le traitement présente le plus de chance de succès.

Autrefois le chirurgien qui opérait dans ces conditions se trouvait dans l'incertitude la plus complète au sujet du diagnostic; lorsque la tumeur récidivait, il l'appelait cancer; lorsqu'elle ne récidivait pas, il devait toujours supposer qu'il avait enlevé une tumeur bénigne et ne pouvait tirer aucune conclusion.

D'autre part, l'étude de l'étiologie des tumeurs, de leur développement et de leur traitement suppose, pour être complète, l'existence d'un grand nombre d'observations exactes et comparables entre elles. Or il est certain que les statistiques anciennes

pèchent trop souvent soit par l'insuffisance ou le mauvais choix des détails, soit par l'incertitude du diagnostic. Les malades traités dans les hôpitaux sont actuellement soumis à un examen bien plus approfondi qu'autrefois. L'anamnèse est mieux faite, les opérations sont mieux décrites, leur résultat, et surtout leur résultat définitif, est consigné avec soin toutes les fois qu'on parvient à le connaître; partout on trouve une tendance à l'exactitude qui facilitera considérablement les recherches ultérieures.

Ce que je viens de dire explique pourquoi le carcinome est encore connu d'une façon si incomplète; bien que les questions qui s'y rattachent aient préoccupé les chirurgiens de tous les temps, il est encore une foule de points sur lesquels nous ne possédons que des notions fort obscures. Il est donc à désirer que cette étude soit reprise avec soin et de différents côtés. Il serait surtout fort important de savoir aussi exactement que possible jusqu'à quel point le cancer est curable et quelles sont les circonstances qui influent en bien ou en mal sur les résultats du traitement. L'attention du public médical a été attirée dans ces derniers temps du côté du sujet qui nous occupe par deux travaux remarquables basés sur de nombreuses et consciencieuses observations. L'ouvrage de Winiwarter [1], vrai chef-d'œuvre de statistique, donne des détails circonstanciés sur 548 carcinomes observés à la clinique de Billroth pendant les années 1868 à 1875; 173 siégeaient dans le sein et leur étude présente pour nous un intérêt tout spécial. Le travail d'Oldekop [2] est le compte rendu de 250 cas de carcinome du sein observés à l'hôpital de Kiel pendant les années 1850-1878. La perspective du prochain congrès de chirurgie de Berlin, où doivent se débattre toutes les questions relatives au cancer du sein, aura contribué pour une grande part à les faire étudier de plus près.

Dans le travail qui va suivre, je me bornerai, suivant le conseil de M. le professeur Socin, au carcinome du sein, dont j'étudierai successivement l'étiologie, le développement et le traitement.

[1] A. von Winiwarter, *Beiträge zur Statistik der Carcinome.* 1878.

[2] J. Oldekop, *Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie.* — Bd. XXIV, S. 536.

M. le professeur Socin a bien voulu mettre à ma disposition non seulement toutes les observations faites à l'hôpital de Bâle pendant les années 1862 à 1879, mais aussi un certain nombre de cas de sa pratique privée. Il m'a été du plus grand secours par son expérience et ses conseils et je me permets de lui en témoigner ici ma sincère reconnaissance.

Je tiens aussi à remercier MM. les professeurs Miescher et Massini et MM. les médecins de la ville et des environs de l'amabilité avec laquelle ils m'ont procuré les renseignements nécessaires sur plusieurs malades que je n'aurais pu retrouver sans leur aide.

Les 70 cas dont j'ai pu faire usage dans mon travail sont évidemment en trop petit nombre pour servir de base à une statistique bien exacte, aussi cette partie de mon étude ne pourra-t-elle avoir qu'une valeur secondaire; j'aurai soin cependant d'en indiquer les résultats et de les comparer avec ceux des auteurs. Je me suis surtout efforcé d'obtenir des renseignements sur les malades et les opérées après leur sortie de l'hôpital. Dans 9 cas, il m'a été malheureusement impossible d'atteindre mon but.

On trouvera à la fin de cette brochure un tableau général des cas et à la dernière page un résumé des résultats obtenus.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30576271

I

ÉTIOLOGIE

« Il serait si important, disait Velpeau, de connaître l'étiologie du cancer, qu'on pardonne volontiers à ceux qui s'en occupent toutes les suppositions possibles. » Et certes les hypothèses ne manquent pas, mais la cause véritable est encore obscure. On s'est surtout efforcé jusqu'ici de rechercher quelles sont les conditions dans lesquelles le cancer se développe de préférence et celles qui paraissent dans certains cas pouvoir jouer le rôle de cause occasionnelle.

Pour ce qui concerne le cancer du sein, on a de tout temps attribué une influence prépondérante à l'âge de la malade et aux nombreux troubles de nutrition auxquels la glande mammaire est soumise. On a même été jusqu'à dire que le cancer était le produit d'une subinflammation (Broussais), ou qu'il pouvait se développer aux dépens d'un caillot sanguin épanché dans le parenchyme de l'organe (Velpeau).

Aujourd'hui, sans nier absolument l'influence des inflammations et des contusions, on ne peut plus guère les considérer que comme des causes accessoires et fort inconstantes. Il en est de même de l'hérédité, qui est évidente dans certains cas et manque le plus souvent.

a) **Influence de l'âge.** — Le carcinome du sein apparaît ordinairement entre 40 et 60 ans. Velpeau croyait qu'il était encore plus fréquent dans la seconde moitié de cette période que dans la première; les recherches subséquentes n'ont pas semblé confirmer son opinion, mais je reviendrai dans un instant sur ce point.

Dans le tableau suivant, les cas dont je dispose sont arrangés de façon à montrer quelle a été la fréquence du cancer aux différentes périodes d'âge :

à 25 ans	1 cas.
de 26 à 30 ans	0 »
» 31 à 35 »	1 »
» 36 à 40 »	9 »
» 41 à 45 »	14 »
» 46 à 50 »	12 »
» 51 à 55 »	11 »
» 56 à 60 »	3 »
» 61 à 65 »	3 »
» 66 à 70 »	2 »
	56 cas.

On voit que le maximum tombe entre 41 et 45 ans, résultat auquel arrive aussi Winiwarter. Dans la statistique d'Oldekop, le maximum se trouve entre 46 et 50 ans.

Je dois cependant faire remarquer que ces tableaux sont loin d'indiquer la fréquence réelle du carcinome aux différentes périodes d'âge et qu'ils ne sont, en outre, pas comparables entre eux. Le nombre des femmes âgées de 60 ans, par exemple, étant bien inférieur à celui des femmes de 40 ans, il est évident que le nombre des carcinomes devra diminuer d'autant si la fréquence relative du cancer reste la même, et dans une proportion moindre si cette fréquence augmente avec l'âge. Supposons que sur 1000 femmes âgées de 40 ans, 10 soient atteintes de carcinome; supposons encore que dans 20 ans il ne reste que 700 de ces femmes et que sur ce nombre 8 soient atteintes de cancer : la fréquence réelle à 40 ans sera 10 $^0/_{00}$, tandis qu'à 60 ans elle sera $\frac{8 \times 1000}{700} = 11{,}4\ ^0/_{00}$.

En outre, si l'on calcule quel devrait être le nombre des carcinomes si la fréquence diminuait dans la même proportion que le nombre des femmes, on trouve le chiffre 7 (au lieu de 8). Dans cet exemple, la fréquence apparente a donc diminué de 40 à 60 ans, tandis que la fréquence réelle augmentait, car évidemment les femmes mortes de 40 à 60 ans avaient autant de chance d'être atteintes de cancer que celles qui ont survécu. De plus, le nombre des carcinomes a diminué dans une proportion moindre que celui des femmes, donc la fréquence du cancer a augmenté avec l'âge.

Cet exemple schématique correspond un peu à ce qui se passe en réalité. Le tableau suivant montre dans quelle proportion le nombre des femmes décroît (en Suisse) de 36 à 70 ans. Il indique aussi quelles sont, d'après mes observations, la fréquence apparente et la fréquence réelle du carcinome aux différentes périodes d'âge, et enfin (colonne *c*) quelle serait la fréquence apparente si le nombre des carcinomes diminuait dans la même proportion que celui des femmes.

Age.	Nombre des femmes vivantes.	*a* fréquence appar.	*b* fréquence réelle	*c*
36-40	85 276	9	9	9
41-45	78 279	14	15,2	8,2
46-50	73 587	12	13,7	7,7
51-55	59 698	11	15,8	6,3
56-60	53 019	3	4,8	5,6
61-65	44 041	3	5,8	4,6
66-70	32 832	2	5,2	3,6

On voit que le maximum des cas se trouve dans le tableau modifié dix ans plus tard que dans le tableau primitif. En outre (colonne *c*) le nombre des carcinomes diminue jusqu'à 55 ans dans une proportion moindre que celui des femmes; à partir de 55 ans, c'est l'inverse.

Le nombre restreint des cas dont je dispose ne permet évidemment pas de conclusion positive, mais je tenais à montrer, suivant le conseil de M. le professeur Socin, quelle influence la diminution de la population exerce sur la fréquence apparente

d'une maladie qui se montre de préférence à une âge avancé. L'âge moyen de mes malades au moment de l'apparition de la tumeur était de 47 $^1/_4$ ans.

Je ne possède qu'une observation de carcinome du sein à 25 ans ; elle est intéressante sous plusieurs rapports, et j'en reparlerai à propos du développement de la tumeur.

b) **Hérédité.** — Il est impossible de nier que l'hérédité ne soit quelquefois une cause prédisposante du carcinome. Velpeau l'admettait même pour un tiers et Lebert pour un septième des cas. Parmi mes observations, j'en trouve deux où l'on a noté que la mère de la malade était morte de cancer du sein. Dans un troisième cas, une sœur était morte d'une tumeur du sein. Dans un quatrième, une sœur avait subi l'extirpation d'une tumeur du sein qui, 24 ans après, n'avait pas récidivé. Dans un cinquième, un frère avait succombé deux ans après l'extirpation d'une tumeur du visage. Dans un sixième enfin, une cousine de la malade était aussi atteinte d'une tumeur du sein. Comme on le voit, l'hérédité n'est évidente que dans les deux premiers cas, ainsi deux fois seulement sur 70, et encore faut-il faire la part des coïncidences fortuites. Cependant les internes de service ont presque toujours questionné les malades direcrectement à ce sujet. Paget dit du reste qu'on découvre l'hérédité deux fois plus souvent dans la pratique privée que dans celle des hôpitaux.

Il serait intéressant de rechercher si et en quoi les cas où il y a hérédité diffèrent des autres, car d'après quelques chirurgiens anglais toute opération entreprise dans ces circonstances serait inutile ou nuisible. Dans la première de mes observations, la malade était âgée de 36 ans lorsqu'elle remarqua qu'elle portait à la partie supérieure du sein droit une petite induration. Six mois après, un second nodule se montra au-dessous du mamelon ; deux ans plus tard, il se forma une petite tumeur douloureuse dans l'aisselle et la malade vint se faire opérer. Elle mourut de récidive au bout d'une année. Dans la seconde observation, la malade était âgée de 46 ans lors de l'apparition de la tumeur. Celle-ci mit 6 ans à atteindre le volume du poing. On l'enleva et la plaie se ferma par première intention. Il m'a été

impossible de retrouver l'opérée. Ainsi dans le premier cas la tumeur s'est développée à un âge relativement peu avancé, mais le second cas ne présente rien de remarquable sous ce rapport. En outre la marche de la maladie ne présente rien de spécial et c'eût été, semble-t-il, une inconséquence que de s'abstenir de l'opération. Je n'ai trouvé dans Winiwarter et Oldekop aucune guérison dans les cas où le cancer paraissait s'être développé sous une influence héréditaire, mais Velpeau dit en avoir vus.

c) **Etat général.** — On a souvent l'occasion d'observer que l'état général de la santé s'altère promptement lors de l'apparition d'une tumeur maligne, mais cette déchéance de l'organisme paraît tenir bien plus aux métamorphoses ou à la généralisation du néoplasme qu'à sa nature ; d'autres fois elle est évidemment causée par une complication ou favorisée par des accouchements très fréquents. Il est certain que dans la majorité des cas les femmes atteintes de cancer du sein ne présentent aucun signe de cachexie jusqu'au moment de l'ulcération ou des métastases. Parmi les 44 malades que j'ai pu étudier à ce point de vue, j'en trouve 7 qui présentaient l'aspect cachectique lors de l'entrée à l'hopital : deux étaient phthisiques ; chez les cinq autres la tumeur était ulcérée depuis plus ou moins longtemps. En outre trois de ces femmes avaient eu plus de six enfants. Dans quatorze cas, l'état général était assez bon ; deux de ces malades étaient phthisiques, une chlorotique, une avait accouché 10 fois et chez les 5 autres la tumeur était ulcérée.

Enfin dans 23 cas l'état général était bon ou très bon ; chez la plupart de ces malades le cancer était encore peu avancé et non ulcéré. Deux fois cependant il s'agissait de tumeurs ulcérées datant de 4 ans chez des femmes qui n'avaient jamais accouché. Dans un cas tout pareil, la femme, qui avait eu douze enfants, était cachectique ; une fois la tumeur datait de six ans, mais elle n'était pas ulcérée ; une fois au contraire il y avait une ulcération comme la paume de la main, mais la tumeur n'existait que depuis 6 mois.

d) **Influence de la menstruation et de la mastite.** — Le développement et les fonctions de la glande mammaire étant en connexion intime avec ceux des organes génitaux, il est tout

naturel de supposer qu'une modification physiologique ou pathologique de ces derniers puisse exercer une influence sur l'apparition ou la marche d'une tumeur du sein. Et c'est ce qu'on observe en effet dans certains cas. D'une manière générale, le carcinome paraît être plus fréquent chez les apares et chez les femmes qui ont accouché souvent. Il semble aussi se montrer un peu plus tôt chez les apares que chez les femmes qui ont eu des enfants. De mes 70 malades, 35 avaient accouché et 20 avaient nourri un ou plusieurs de leurs enfants.

Les anomalies de la *menstruation* ne paraissent pas être plus fréquentes chez les femmes atteintes de cancer du sein que chez les autres. Quatre fois seulement sur mes 70 cas, on a noté que les règles avaient été irrégulières ; 10 fois elles avaient cessé avant le début de la maladie. Dans trois cas des douleurs lancinantes et l'apparition de la tumeur avaient suivi immédiatement la cessation des règles. Deux fois enfin les malades avaient remarqué que le volume de la tumeur augmentait au moment du flux menstruel et que les douleurs devenaient plus vives.

Je parlerai plus loin des rapports qui existent entre la grossesse et le développement du carcinome du sein.

Le rôle de la *mastite* dans l'étiologie du cancer n'est pas encore élucidé d'une manière suffisante. On trouve il est vrai des cas où le carcinome se développe dans le sein qui a été le siège de l'inflammation, mais d'autres fois il se forme au contraire dans le côté non atteint, de sorte qu'il n'est pas facile de déterminer jusqu'à quel point cette inflammatiou peut être considérée comme une cause occasionnelle. La mastite et le cancer du sein étant tous les deux des maladies très fréquentes, la coïncidence est probablement fréquente aussi. Il s'est présenté dernièrement à l'hôpital de Bâle un cas remarquable de mastite du côté gauche après extirpation d'un carcinome du sein droit. L'opération avait eu lieu en août 1879. Deux mois après, la malade commença à se plaindre de douleurs dans le sein gauche qui était un peu gonflé, dur et douloureux à la pression. Le 11 novembre, le sein avait encore augmenté de volume ; on y sentait une tumeur bien limitée, très dure, non adhérente à la peau ; le mamelon était rétracté et il y avait un ganglion tuméfié dans l'ais-

selle. Au-dessous du sein, se trouvait une place où la peau était rougie et où l'on sentait de la fluctuation. Pas de fièvre. On fit une incision le 13 novembre, et il s'écoula une petite quantité de pus. A partir de ce moment, la moitié externe de la tumeur devint plus petite et plus molle, mais la moitié interne resta d'abord telle quelle, de sorte qu'on se demandait si l'on n'avait pas affaire à une tumeur maligne. Cependant le 29 le ganglion de l'aisselle disparut et l'opérée ne tarda pas à guérir.

Pour ce qui me concerne, je possède 6 observations (sur 70) où une mastite a précédé le cancer ; quatre fois ce dernier s'est développé du même côté que l'inflammation, deux fois du côté opposé. Dans un cas, la mastite avait débuté non pendant la lactation, mais à la suite d'un refroidissement ; dès lors il était resté un écoulement séreux par le mamelon ; la tumeur n'avait apparu que deux ans après. Chez une autre malade, un intervalle de 52 ans avait séparé le début des deux affections. Une fois le carcinome paraissait s'être formé exactement dans la cicatrice d'une mastite suppurée qui s'était déclarée environ un an auparavant.

Je regrette de ne pas posséder un nombre plus considérable de cas de ce genre, car ils me paraissent présenter un grand intérêt au point de vue théorique surtout. On sait que d'après l'hypothèse récente de Cohnheim les tumeurs ont pour origine des germes embryonnaires restés sans emploi lors de la formation du fœtus et de ses différents organes. Ces germes peuvent se trouver dans le tissu qui leur a donné naissance, ou aussi s'égarer dans un tissu voisin d'espèce différente. Ils peuvent persister sans subir aucun changement pendant toute la vie et dans ce cas ils passent inaperçus ; mais lorsque, à la suite de n'importe quelle cause, ils se développent et augmentent de volume, ils forment une tumeur dont la nature varie comme celle germe. Si les cellules du germe étaient destinées à fournir du tissu musculaire, il se forme un myome, si elles étaient de nature épithéliale, c'est un cancer qui apparaît, et ainsi de suite. Comme on le voit, ce qui donne à une tumeur son caractère pathologique, c'est surtout le fait que le germe se développe trop tardivement et quelquefois, en outre, dans un tissu

de nature différente. Le point de départ de la tumeur étant un tissu embryonnaire normal, il est difficile de s'expliquer pourquoi elle prend dans certains cas un caractère malin. D'après Cohnheim, cela dépendrait non du genre de la tumeur, mais de la manière dont les tissus environnants se comportent. Supposons qu'un germe de tissu épithélial soit en voie d'accroissement, supposons en outre que la force de résistance du tissu conjonctif environnant diminue, comme cela arrive par exemple dans la vieillesse, ou bien à la suite d'une contusion, d'une inflammation ou d'une prédisposition spéciale, le tissu épithétial produit par le germe empiétera sur le tissu conjonctif. Ce n'est pas, en un mot, le cancer qui ronge les tissus, mais ce sont les tissus qui cèdent devant lui. Comme on le voit, cette hypothèse ingénieuse diffère sensiblement de toutes celles qui avaient été émises auparavant; elle explique surtout d'une manière très séduisante l'origine des tumeurs et lui enlève en bonne partie son caractère mystérieux; la question du siège des néoplasmes et de la nature embryonnaire de plusieurs d'entre eux est aussi élucidée d'une manière satisfaisante. Virchow a fait remarquer que le cancroïde se développe très fréquemment aux différents orifices du corps, et il pensait que les irritations fréquentes auxquelles ces orifices sont soumis, pourraient bien jouer là un rôle important. Quant à Cohnheim, il admet qu'un choc, une contusion, produisent dans certains cas une congestion ou une inflammation, mais jamais un néoplasme proprement dit. Si les lèvres, l'orifice utérin et l'anus sont si souvent le siége du cancroïde, cela vient de ce que le développement et la formation de ces parties chez le fœtus sont des phénomènes fort compliqués et qui peuvent facilement s'accompagner d'une petite irrégularité dans la distribution locale des tissus. Aux lèvres et à l'anus, le feuillet externe s'enfonce, et l'épiderme tend à rejoindre l'épithélium de la cavité buccale et de l'intestin. De même le cancroïde de l'utérus se développe de préférence là où l'épithélium pavimenteux du sinus urogénital se continue avec l'épithélium cylindrique des conduits de Müller. A l'époque où ces différents orifices se forment, il peut bien arriver qu'un petit groupe de cellules épithéliales s'égare dans les tissus envi-

ronnants et y reste à l'état de germe capable de se développer plus tard sous forme de tumeur.

Il est clair que d'après cette théorie une véritable tumeur ne pourra se développer que là où il y a un germe embryonnaire. Or ce n'est pas le cas pour une cicatrice ou pour les nodules fibreux qui restent quelquefois après la mastite. Dans ce dernier cas, lorsque le pus s'est écoulé, la cavité de l'abcès se recouvre de granulations et se rétrécit de plus en plus. Enfin, la perte de substance est comblée par du tissu conjonctif de nouvelle formation qui ne contient évidemment aucun élément des tissus qu'il a remplacés ni aucun germe datant de l'époque fœtale. Ce tissu ne pourra donc jamais, si la théorie de Cohnheim est exacte, servir de point de départ à un carcinome. Voilà pourquoi il serait intéressant de savoir si un carcinome peut sûrement prendre son origine dans une cicatrice ou dans un nodule fibreux. J'ai dit qu'une de nos malades avait indiqué la cicatrice d'une mastite comme ayant été le point de départ de la tumeur, et les cas analogues paraissent être assez fréquents. On ne peut cependant pas les considérer comme des preuves de grande valeur, car il est possible que le carcinome situé d'abord dans la profondeur envahisse la cicatrice secondairement. Il faudrait avoir l'occasion d'extirper une de ces tumeurs peu de temps après son apparition, afin de voir si elle est contenue entièrement dans le tissu fibreux ou si elle paraît venir des parties environnantes. C'est ce qui n'a, je crois, jamais été fait jusqu'ici.

e) **Contusions et irritations mécaniques.** — L'inflammation n'est pas la seule altération de la glande mammaire qui paraisse quelquefois être en rapport avec l'origine du carcinome. On a remarqué depuis longtemps qu'une contusion même légère pouvait être dans certains cas suivie de l'apparition d'une tumeur maligne. Cependant il est nécessaire de faire certaines réserves à ce sujet : un choc, un coup de poing ou de pied sont assez souvent indiqués comme cause par les malades, mais il est fort peu probable que la contusion puisse agir directement, fort possible au contraire que le cancer existât déjà auparavant sous forme de nodule trop petit pour être remarqué. Cohnheim pense qu'une contusion peut agir en diminuant la résistance

des tissus qui environnent la tumeur ; j'ai dit plus haut que, d'après lui, c'est de cette diminution de résistance que dépend la malignité. D'autres fois ce n'est pas une contusion qui est mise en cause, mais une pression ou un frottement exercés longuement sur une partie déterminée du sein. Parmi mes observations, j'en trouve trois où la formation de la tumeur a paru être la conséquence d'une contusion. Dans le premier cas, le sein était resté douloureux et la tumeur était apparue au bout de quatre mois ; elle avait atteint en trois mois le volume d'une tête d'enfant et s'était ulcérée très rapidement ; la malade était âgée de 53 ans. Le second cas (femme de 62 ans) est tout semblable, seulement la tumeur ne s'était montrée qu'au bout de six mois ; là aussi la marche avait été assez rapide, car au bout de deux ans la malade était incurable. (Tumeur de la grosseur des deux poings, ulcérée, adhérente au pectoral ; engorgement ganglionnaire considérable ; œdème et anesthésie du bras correspondant.) Enfin, dans le troisième cas, la malade racontait avoir reçu de son mari un coup de pied au sein gauche ; quinze jours après, elle y remarqua une tumeur de la grosseur d'une noisette dont la croissance fut plus lente que dans les deux cas précédents. Une fois la pression des vêtements a paru jouer un rôle dans la formation de la tumeur. Il s'agissait d'une femme robuste et corpulente, âgée de 64 ans. En mars 1877, elle s'aperçut qu'elle avait à la partie inférieure du sein droit une ulcération produite selon toute apparence par le frottement du corset. Cette ulcération se ferma à la suite de l'application d'une pommade iodée, mais elle s'ouvrit de nouveau en octobre de la même année. A cette époque, il existait à la partie inférieure du sein droit une ulcération à bords indurés, longue de deux centimètres. Sous cette ulcération, on sentait une tumeur dure, grosse comme un œuf ; les ganglions lymphatiques n'étaient pas engorgés. On fit l'extirpation, et la plaie guérit par première intention, mais une récidive s'est formée depuis.

f) **Siége du carcinome.** — Du moment qu'il paraît exister un certain rapport entre les irritations mécaniques et inflammations et la formation du carcinome, il est naturel de supposer que sa fréquence ne sera pas la même dans les deux glandes

mammaires et dans les différentes régions d'un même sein. Les contusions et la mastite étant plus fréquents du côté droit, on pourrait s'attendre à ce qu'il en soit de même du carcinome, et c'est en effet ce qu'ont trouvé Winiwarter et Oldekop. Velpeau prétend au contraire que le carcinome est plus fréquent à gauche qu'à droite. Quant à moi, je trouve quarante-deux cas du côté gauche et vingt-cinq seulement du côté droit. J'ai vainement cherché la cause de cette différence.

Une fois les deux seins étaient atteints de carcinome. Il s'agissait d'une femme de 38 ans, entrée à l'hôpital en mars 1879. Elle avait autrefois joui d'une bonne santé et la menstruation, qui durait encore, n'avait jamais présenté d'anomalie. Pas d'hérédité. A l'âge de 35 ans elle eut un enfant et fut ensuite atteinte de métrite chronique ; dès lors, elle accoucha encore deux fois ; elle dit avoir nourri tous ses enfants, mais seulement avec le sein droit, le gauche ne donnant pas de lait. Au milieu de l'année 1877, elle remarqua un petit nodule indolent dans le sein droit ; cette induration, qui s'était formée sans aucune cause apparente, augmenta de volume assez rapidement, en causant quelquefois des douleurs au moment des règles ; puis la peau s'ulcéra à deux endroits. Lors de l'entrée à l'hôpital, l'état général était assez bon. Dans le sein droit se trouvait une tumeur dure, mobile sur le grand pectoral, grosse comme une tête d'enfant. La peau adhérait presque partout à la tumeur et était ulcérée sur deux points ; le mamelon était rétracté jusqu'au niveau de la peau environnante. Dans l'aisselle droite se trouvaient plusieurs glandes engorgées ; l'une d'elles avait le volume d'une noix. On sentait aussi une glande légèrement tuméfiée dans le creux susclaviculaire droit. Il existait en outre dans la région épigastrique et sur le dos deux tumeurs pédiculées, grosses comme des noix et à surface framboisée. On ne remarquait rien d'anormal au sein gauche à cette époque. Le 17 mars 1879, on fit l'extirpation du sein et des ganglions axillaires. La tumeur n'adhérait pas au pectoral, mais on dut dénuder complètement la veine axillaire sur une certaine étendue; vingt-sept ligatures. On réunit la plus grande partie de la plaie par des sutures. Pansement de Lister. Le 3 mai, on remarque une récidive au-dessus

de la plaie et en même temps on découvre une tumeur mobile, de la grosseur d'une noix, dans le sein gauche. Le même jour on enlève la récidive du côté droit et le sein gauche avec les ganglions axillaires. Guérison par première intention. L'opérée est morte chez elle, le 18 décembre 1879 de « carcinoma mammæ »; je n'ai pu savoir s'il y avait eu récidive ou non.

Winiwarter et Oldekop sont d'accord pour admettre que le carcinome se montre de préférence à la partie externe et à la partie supérieure du sein.

Sur 39 observations que j'ai pu utiliser à ce point de vue, la tumeur est apparue :

Dans la partie supérieure du sein	6 fois
» inférieure.	6 »
» interne	4 »
» externe	10 »
En haut et en dehors	7 »
En bas et en dehors.	2 »
En haut et en dedans	1 »
En bas et en dedans	0 »
Derrière le mamelon	3 »

En groupant autrement les cas, on voit que le carcinome a siégé :

Dans la moitié externe du sein	19 fois
» interne	5 »
» supérieure	14 »
» inférieure	8 »

Dans un cas, la tumeur avait commencé non par un nodule, mais par un gonflement général de tout le sein. Il s'agissait d'une femme de 35 $^1/_2$ ans, chez laquelle la tumeur avait atteint en six mois le volume d'une tête d'adulte.

II

DÉVELOPPEMENT DU CARCINOME DU SEIN

SES DIFFÉRENTES FORMES

Le carcinome du sein se montre habituellement au début sous la forme d'une induration plus ou moins arrondie et mobile siégeant de préférence à la partie externe ou supérieure du sein. D'autres fois, la tumeur commence non par un nodule, mais par un gonflement général et rapide du sein. Cette forme se montre surtout chez les femmes jeunes, et, comme elle apparaît ordinairement pendant la lactation, elle peut simuler une mastite, ce qui lui a valu le nom de mastite carcinomateuse aiguë. J'ai rapporté dans le chapitre sur l'étiologie un cas analogue, mais sans rapport avec la lactation.

D'autres fois le carcinome commence par une ulcération qui peut même se cicatriser temporairement. Peu à peu le fond s'indure et la tumeur apparaît. Paget et d'autres après lui ont observé plusieurs fois la formation d'un carcinome à la suite d'un eczème chronique du sein. Dans une de mes observations, on a noté que la malade avait été tourmentée pendant plusieurs années avant l'apparition de la tumeur par des eczèmes rebelles occupant successivement différentes parties du corps, mais il ne s'agissait pas d'une affection localisée au sein.

Quant à la **douleur**, elle existe presque toujours, mais son degré d'intensité et le moment de son apparition varient beaucoup. Les malades se plaignent souvent au début de douleurs pongitives dans une partie limitée du sein où elles découvrent alors une induration de la grosseur d'un pois ou d'une noisette ; quelquefois, cependant, la douleur existe avant que la tumeur soit appréciable à la palpation ; d'autres fois elle est ressentie dans les deux seins, bien que la tumeur soit unilatérale ; dans d'autres cas, enfin, elle fait complètement défaut à cette époque. Lorsque la croissance de la tumeur est lente et régulière, la douleur peut être nulle, mais le plus souvent elle existe et se montre sous la forme de petits accès séparés par des intervalles de longueur variable ; quelquefois ces accès correspondent au moment des règles. Lorsqu'au contraire la croissance de la tumeur est irrégulière, la douleur est très vive au moment où l'augmentation de volume est la plus rapide. L'adhérence à la peau et l'ulcération sont ordinairement accompagnées de vives douleurs, même dans les cas où la tumeur est restée indolente jusque-là. Quelquefois enfin la douleur manque totalement ; la tumeur peut atteindre le volume d'un œuf avant d'être remarquée ; elle peut envahir la peau et s'ulcérer sans causer le moindre picotement. Cela arrive surtout dans les cas où la croissance est très lente et régulière.

L'augmentation de volume de la tumeur est soumise à de grandes variations, dont il n'est que rarement possible de découvrir la cause. On pourrait s'attendre à ce qu'elle soit d'autant plus rapide que la femme est plus jeune ; cependant cette règle, si elle existe, est soumise à de nombreuses exceptions. J'ai cherché à déterminer le volume moyen de la tumeur, au bout d'une année, chez les femmes âgées de moins de 40 ans (7 cas), puis chez celles qui étaient âgées de 40 à 50 ans (23 cas), et enfin chez celles qui avaient dépassé 50 ans (14 cas). En représentant par 100 ce volume chez les femmes de la première catégorie, je trouve 70 pour celles de la seconde, et 78 pour celles de la troisième. L'accroissement de la tumeur paraît donc être plus rapide avant 40 ans. A partir de ce moment, l'âge de la malade semble n'avoir plus d'influence, car on ne peut rien con-

clure de la légère différence qui existe entre les deux derniers chiffres. Certains cas montrent, du reste, combien la marche de la maladie est capricieuse : chez une femme de 52 $^1/_2$ ans, la tumeur avait atteint en 3 mois le volume d'une tête d'enfant et la peau était ulcérée; chez une autre malade âgée de 43 ans, la tumeur, grosse comme une noix, datait de 2 ans. Chez une troisième (38 $^1/_2$ ans), la tumeur avait mis un an et demi à atteindre le volume d'un œuf; ce même volume était atteint en trois mois chez une femme âgée de 51 ans. Certaines modifications générales ou locales de l'organisme peuvent avoir une influence sensible sur l'augmentation de volume de la tumeur. J'ai dit que dans certains cas elle devient plus grande et plus douloureuse au moment des règles. On peut prévoir que la grossesse doit agir dans le même sens et d'une manière encore bien plus sensible. Dans deux de mes observations, on a noté un accroissement rapide de la tumeur à ce moment; une autre fois, l'augmentation subite de volume se montra trois mois après l'accouchement, lorsque la mère cessa de donner le sein à son enfant; chez une autre femme, l'apparition d'une périmétrite sémbla hâter beaucoup l'évolution de la tumeur. Dans un cas, la malade a raconté que le cancer, jusqu'alors presque stationnaire, avait commencé à croître très rapidement à la suite d'une contusion sur le sein malade.

Je tiens enfin à mentionner l'influence d'un traitement fautif : chez une malade, le cancer avait fait des progrès rapides à la suite d'application répétée de cataplasmes.

Lorsque la tumeur atteint un certain volume, elle envahit la peau et le muscle pectoral, puis il se produit une tuméfaction secondaire des ganglions de l'aisselle.

Le tableau suivant montre quelle a été la fréquence de ces complications dans 58 de mes observations.

Lors de l'entrée à l'hôpital, l'adhérence de la tumeur à la peau existait dans	28 cas
et manquait dans	10 »
la peau était ulcérée dans	20 »
il y avait adhérence au pectoral dans	9 »
et tuméfaction des ganglions axillaires dans	40 »

Comme on le voit, l'**engorgement des ganglions axillaires** est une complication très fréquente; elle est aussi l'une des plus précoces et des plus graves. D'après mes calculs, elle se produit le plus souvent dans la seconde moitié de la seconde année (15e à 26e mois). Cependant le moment varie beaucoup. Dans un cas (femme de 50 ans), il y avait déjà légère adhérence de la peau et tuméfaction des ganglions axillaires au bout de deux mois. Cinq mois après l'extirpation, l'opérée mourait de récidives multiples. Dans des cas malheureusement trop rares, l'enflure des ganglions est simplement la suite de l'irritation causée par la tumeur, ou bien elle est accidentelle; elle est alors sans importance et peut disparaître d'un moment à l'autre. Elle peut cependant aussi, lorsqu'elle est sous la dépendance de la tumeur, disparaître pour un temps et suivre ensuite sa marche habituelle. Chez une de mes malades, âgée de 52 ans, la tumeur avait apparu six ans avant l'entrée à l'hôpital sous la forme d'un petit nodule siégeant à la partie supérieure et externe du sein gauche. Ce nodule était resté stationnaire pendant fort longtemps; six mois avant l'entrée à l'hôpital, il commença à croître lentement et plusieurs tumeurs secondaires se formèrent dans l'aisselle. Ces tumeurs disparurent complètement sous l'influence des sangsues et des cataplasmes; quelques semaines après, la malade se heurta violemment le sein contre un dossier de chaise; à partir de ce moment, la tumeur se mit à croître beaucoup plus rapidement et la tuméfaction des ganglions reparut.

Il est assez fréquent de voir la maladie atteindre aussi les ganglions sus-claviculaires et cervicaux; elle peut même se propager jusqu'aux ganglions bronchiques; dans un cas, cette complication avait eu pour suite une compression de la trachée et une dyspnée considérable dont on ne découvrit la véritable cause qu'après la mort.

Il est positivement rare que l'enflure des ganglions axillaires ne soit pas précédée de l'**envahissement de la peau** par la tumeur. Je n'en trouve que trois exemples parmi mes observations. Cela s'accorde bien avec ce que nous savons sur le trajet des lymphatiques du sein. Ces vaisseaux se portent d'abord, d'après Sappey, de la glande à la peau où ils forment le plexus

sous-aréolaire; puis ils se dirigent de là vers l'aisselle. Le fait que la peau adhère presque toujours à la tumeur lors de l'infiltration des ganglions montre que le carcinome n'a de tendance marquée à produire des métastases dans l'aisselle que lorsque les gros troncs lymphatiques qui vont du plexus aréolaire aux ganglions sont attaqués. Plus le vaisseau atteint est de grand calibre, plus les circonstances sont favorables à la circulation des particules qui peuvent se détacher de la tumeur. Il existe, en outre, des vaisseaux lymphatiques allant du muscle pectoral à l'aisselle; lors donc qu'une tumeur aura atteint ce muscle, elle pourra se propager aux ganglions axillaires sans que la peau soit atteinte ; j'ai observé un cas de ce genre.

Dans quatre de mes observations il y avait adhérence à la peau sans engorgement ganglionnaire; je reparlerai de cette éventualité à propos des récidives.

L'adhérence à la peau paraît se produire le plus souvent dans la première moitié de la seconde année (du 10e au 20e mois d'après mes observations). Après deux ans, je n'ai vu aucun cas dans lequel la peau fût restée mobile. Plus l'adhérence à la peau est ancienne, plus il est probable que les ganglions lymphatiques sont altérés; c'est pour cela qu'un cancer du sein ulcéré est presque toujours accompagné de tumeurs dans l'aisselle. Sur mes 20 cas, je ne trouve que deux exceptions à cette règle.

L'ulcération se produit ordinairement dans le cours de la seconde année, cependant elle peut exister dès le début (j'en ai cité un cas à propos de l'étiologie), ou ne se montrer que très tard ; chez une femme de 48 ans, le carcinome datait de 17 ans et avait atteint le volume d'une tête d'enfant lorsque la peau commença à s'ulcérer; les ganglions axillaires, qui jusque-là étaient restés intacts, furent atteints peu de temps après.

L'adhérence de la tumeur au pectoral est assez fréquente et semble se produire en général vers la fin de la seconde année. Outre les cas indiqués dans le tableau, où la substance musculaire était évidemment atteinte, il y en avait 18 autres où l'on fut obligé d'enlever une partie de l'aponévrose à cause de sa proximité de la tumeur.

Lorsque la marche de la maladie n'est pas interrompue par

une opération, la mort arrive au bout d'un temps variable, causée soit par les progrès de la tumeur elle-même, soit par une affection intercurrente. Sur mes 70 observations, j'en trouve 4 seulement où toute opération était impossible. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une femme de 54 ans, faible et cachectique. Lors de l'entrée à l'hôpital, la tumeur datait de 4 ans et présentait l'aspect d'une vaste ulcération à bords indurés, s'étendant de l'aiselle gauche au sternum et à la clavicule ; il y avait de l'œdème du bras gauche. Après l'entrée à l'hôpital, l'état ne fit qu'empirer ; la malade ne supportait aucune nourriture et s'affaiblissait rapidement ; au bout de peu de temps la mort arriva au milieu des symptômes de l'épuisement le plus complet. A l'autopsie on trouva le cœur et le foie légèrement atrophiés; rien d'anormal dans l'intestin. Dégénérescence cancéreuse des ganglions rétropéritonéaux. Le second cas concerne une femme de 62 ans, cachectique, portant au sein gauche une tumeur grosse comme les deux poings, ulcérée et adhérant fortement au grand pectoral ; il y avait de nombreux ganglions tuméfiés dans l'aisselle et un peu d'enflure du bras correspondant. La malade mourut, sans être opérée, trois ans après l'apparition de la tumeur. On trouva à l'autopsie plusieurs foyers de ramollissement dans le cerveau et des nodules carcinomateux occupant les poumons et le médiastin antérieur. Il y avait en outre un carcinome du rectum avec nodules secondaires dans les ganglions rétropéritonéaux et dans le grand épiploon ; la troisième malade est morte en mai 1872 ; la quatrième vivait encore en 1878.

Je dois dire ici que pendant les années 1868-1880 il s'est présenté à la policlinique de chirurgie de Bâle neuf malades qui n'ont pas été admises à l'hôpital, soit parce qu'elles se refusaient à toute opération, soit parce que la tumeur avait déjà pris une trop grande extension ou produit des métastases.

La généralisation de la tumeur a donc, dans les deux cas mentionnés en détail ci-dessus, amené la mort au bout de 3 et 4 ans ; d'après les statistiques, c'est le plus souvent deux ans après l'engorgement des ganglions axillaires que les métastases deviennent mortelles.

Le tableau suivant résume les cas de métastases que j'ai trouvés dans mes observations.

Numéro	DESCRIPTION DES CAS	Durée de la maladie	Autopsie.	Siège des métastases
1	Femme de 54 ans, cachectique, entrée à l'hôpital le 2 décembre 1870. La tumeur se présente sous la forme d'une vaste ulcération de la moitié gauche de la poitrine. Pas d'opération. Mort le 23 déc. 1870.	4 ans.	Autopsie.	Gangl. rétropéritonéaux.
2	Femme de 45 ans, entrée à l'hôpital en mai 1871. Tumeur ulcérée grosse comme le poing dans le sein droit. Forte tuméfaction des ganglions axillaires. Extirpation. Récidive 2 mois après. Seconde opération. Mort 6 mois plus tard avec récidive.	4 1/2 ans.	Pas d'autops.	Foie.
3	Femme de 40 ans. Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dans le sein gauche; ulcérée au centre. Pas de tuméfaction des ganglions axillaires. Extirpation. Mort 6 mois plus tard.	2 1/2 ans.	Autopsie.	Poumon gauche.
4	Femme de 45 ans, entrée à l'hôpital en septemb. 1872. Tum. mobile grosse comme une noix dans le sein gauche. Pas d'engorgement ganglionnaire. Extirpation. Guérison temporaire. Mort 7 ans plus tard (sans récidive locale).	9 ans.	Autopsie.	Péritoine (surtout autour de l'utérus).

Numéro	DESCRIPTION DES CAS	Durée de la maladie	Autopsie.	Siège des métastases
5	Femme de 41 ans, non cachectique, entrée à l'hôpital en octobre 1874. Dans le sein droit, une tumeur de la grosseur du poing, mobile mais ulcérée et accompagnée de nombreux ganglions axillaires. Extirpation. Guérison temporaire. Mort un an plus tard avec récidive.	2 ans.	Pas d'autops.	Foie.
6	Femme de 51 ans, entrée à l'hôpital en février 1876. Tumeur de la grosseur du poing au centre du sein gauche. Pas d'adhérence à la peau, ni d'engorgement ganglionnaire. Extirpation; récidive dans l'aisselle; seconde opération; seconde récid. dans l'aisselle. Mort le 19 mai 1879.	Environ 9 ans.	Autopsie.	Foie et colonne vertébrale.
7	Femme de 62 ans, cachectique. Dans le sein gauche, une tumeur grosse comme les deux poings, immobile, ulcérée et accompagnée de nombreux ganglions axillaires. Pas d'opér. Mort en juillet 1877.	$2^1/_2$ ans.	Autopsie.	Poumon gauche, médiastin antérieur, rectum, ganglions rétropérit., grand épiploon.
8	Femme de 49 ans, entrée à l'hôpital en novembre 1878. Tumeur dans le sein gauche, mobile sur le grand pectoral, ulcérée. Plusieurs ganglions engorgés. Extirpation. Récid. 6 mois après. Mort en décembre 1879.	2 ans.	Autopsie.	Poumons, foie, rate, rein gauche.

Dans le troisième cas, il s'était produit des nodules secondaires dans le poumon gauche, sans qu'il y eût d'engorgement ganglionnaire, mais on ne peut guère les considérer comme étant des métastases proprement dites, et il s'agissait très probablement d'une propagation directe de la tumeur. Quant au quatrième cas, l'engorgement ganglionnaire manquait aussi, ce qui est très exceptionnel dans les cas de métastase. On pourrait l'expliquer en admettant que la tumeur périutérine était une seconde atteinte de la maladie, sans rapport avec celle du sein. Cette opinion paraît à première vue assez probable, car la mort ne survint que 7 ans après l'opération. Je crois cependant que les deux tumeurs n'étaient pas indépendantes l'une de l'autre et je reviendrai sur ce point dans le chapitre sur le traitement.

Du temps où l'on considérait généralement le cancer du sein comme incurable, on s'est beaucoup occupé à rechercher si la vie des personnes qui en étaient atteintes pouvait au moins être prolongée par une opération. Quelques chirurgiens ne l'admettaient pas et n'intervenaient jamais activement ; d'autres avaient la même opinion, mais opéraient dans le but de calmer les douleurs pour un certain temps. A en juger d'après mes cas, on pourrait mettre en doute l'utilité de l'opération au point de vue de la prolongation de la vie. Les 4 femmes non opérées ont vécu au moins 3 ans à partir de l'apparition de la tumeur. Les opérées qui n'ont pas guéri définitivement sont mortes en moyenne au bout de 3 ans. Des statistiques plus complètes montrent cependant que telle n'est pas la durée habituelle de la maladie. D'après Winiwarter et Oldekop, on retarde la mort d'environ 9 mois par l'opération ; en faisant le même calcul, Paget a trouvé 12 mois et Sibley 21. On peut espérer que ces chiffres sont encore en dessous de la réalité, car les malades attendent en général d'autant plus longtemps pour se faire opérer que la tumeur croît plus lentement et qu'elle est moins douloureuse. Ce sont précisément ces cas relativement bénins et à évolution lente qui sont souvent déjà incurables lorsque les femmes qui en sont atteintes commencent à s'en inquiéter. Les tumeurs les plus

malignes et à marche rapide sont au contraire celles qu'on a le plus souvent l'occasion d'opérer.

Quant aux **différentes espèces de cancer**, il est commode au point de vue clinique de distinguer simplement le squirrhe et les formes molles, puis les variétés appelées par Velpeau cancer en cuirasse, cancer pustuleux, etc. Sur mes 70 cas il s'agissait 11 fois de squirrhe et aucune malade atteinte de ce genre de cancer n'avait moins de 41 ans, l'âge moyen étant 51 $^1/_2$ ans lors de l'apparition de la tumeur.

Au point de vue du pronostic et du traitement, il est important de distinguer les cas où la tumeur est isolée et ceux où elle est accompagnée de nodules secondaires à son pourtour. Cette dernière forme est bien plus grave, car elle indique une tendance à la dissémination qui favorise considérablement les récidives.

Le cancer pustuleux repullule toujours d'après Velpeau. Parmi mes observations, j'en trouve 15 où l'on a noté que la tumeur principale était accompagnée de nodules en nombre variable, généralement assez superficiels et quelquefois ulcérés. Six fois sur quinze, ils étaient groupés autour de la tumeur ; chez les autres malades, on n'en voyait que d'un seul côté. Dans ce dernier cas, ils siégeaient le plus souvent en dehors de la tumeur ou bien en dessus d'elle ; 3 fois cependant c'était la peau du côté interne qui était atteinte. Ces nodules secondaires ne se montrent, semble-t-il, que rarement avant que la tumeur adhère à la peau ; cette adhérence existait du moins dans tous mes cas, sauf deux. En outre, 13 fois sur 15 les ganglions axillaires étaient engorgés ; dans le seul cas qui faisait exception, le nodule secondaire se trouvait entre le sternum et la tumeur principale. Les résultats du traitement ont été fort peu satisfaisants chez les malades atteintes de ce genre de tumeur ; une est morte des suites de l'opération ; une seconde vit encore, mais avec une récidive ; une troisième vit aussi et n'a pas de récidive, mais elle n'est opérée que depuis 2 ans ; 10 sont mortes de récidive ou de métastase, en moyenne 2 ans après l'opération ; le sort des deux dernières m'est inconnu, mais il y avait déjà récidive lorsque elles ont quitté l'hôpital.

Le fait que les nodules secondaires coexistent presque toujours avec l'adhérence de la tumeur à la peau et avec un engorgement ganglionnaire plus ou moins considérable montre qu'ils se développent de préférence au moment où le néoplasme tend à se généraliser par la voie des lymphatiques. Leur siège superficiel, leur indépendance de la tumeur principale et leur distribution locale pourraient bien provenir de ce qu'ils se développent, quelquefois du moins, dans l'intérieur de ces vaisseaux.

III

TRAITEMENT DU CARCINOME DU SEIN

RÉCIDIVE — RÉSULTATS DÉFINITIFS

Pour la grande majorité des malades qui se présentent à l'hôpital, il ne peut être question que de l'extirpation de la tumeur. Les caustiques ne sont guère employés que pour détruire de petites récidives, et quant aux remèdes internes, on connaît leur inefficacité. Je reviendrai cependant plus loin sur l'emploi du condurango, dont on a fait tant de bruit dans ces derniers temps. Sur mes 70 malades, 66 ont été opérées, et chez 4 on s'est abstenu de toute intervention chirurgicale.

Quant au procédé opératoire, il varie naturellement beaucoup suivant la forme et l'extension de la tumeur. Cependant on peut ranger ces différents procédés en quatre classes, et le tableau suivant indique combien de malades ont été soumises à chaque espèce d'opération.

Extirpatio mammæ totalis cum gland. axill.	44
» » » sine » »	16
» » partialis cum gland. axill. . . .	0
» » » sine » » . . .	6

21 malades ayant été pour cause de récidive opérées plus d'une fois, le total des opérations se monte à 88.

Dans presque tous les cas, on a employé le spray et suturé la plaie en totalité ou en partie après l'avoir soigneusement désinfectée avec l'acide phénique ou le chlorure de zinc. Depuis l'année 1870, on a toujours fait usage du pansement de Lister.

35 % des extirpations du sein et 70 % des opérations de récidive ont guéri par première intention. Sur 37 extirpations du sein et des ganglions axillaires, 12 ont guéri par première intention. Dans ces cas, on a plusieurs fois remarqué une coloration verdâtre ou jaunâtre des lambeaux ; cette coloration se montrait durant les trois ou quatre jours qui suivaient l'opération et disparaissait ensuite. Elle semble être produite par la résorption d'une petite quantité de sang épanché dans la plaie. Quànt aux complications qui se sont montrées après l'opération, je parlerai d'abord de celles qui n'ont pas causé la mort. Je trouve 3 cas d'hémorrhagie secondaire sans grande importance, un cas de décubitus suivi d'abcès au sacrum, 3 cas de pleurésie et 1 cas de pneumonie ; enfin 1 cas d'érysipèle de la face et 7 cas d'érysipèle partant de la plaie. L'érysipèle a commencé en moyenne le 8e jour après l'opération, pour durer une dizaine de jours. Dans tous les cas où il s'est montré, sauf un, on avait employé le pansement de Lister, de sorte que le terme de comparaison me manque pour décider quelle a été l'influence de ce dernier sur la fréquence de l'érysipèle. Ce qu'il y a de certain, c'est que pour les 44 premières opérations cette fréquence est de 21 %, tandis qu'elle est de 2,4 % seulement pour les 44 dernières. On peut à juste titre, me semble-t-il, attribuer ce progrès au perfectionnement de l'hygiène des hôpitaux et à la connaissance plus approfondie du pansement de Lister.

Cinq malades ont succombé aux suites de l'extirpation de la tumeur, ce qui donne une mortalité de 7,6 %. Voici un résumé de ces cinq cas indiquant le genre de tumeur et d'opération et la cause de la mort.

1) Mme D., âgée de 65 ans. Squirrhe de la grosseur d'une pomme dans le sein droit ; la tumeur est mobile sur le grand pectoral, mais elle adhère à la peau qui est ulcérée ; un ganglion lymphatique engorgé dans l'aisselle. Le 21 juin 1865, extirpation de la tumeur avec la glande mammaire et les gan-

glions axillaires. Mort cinq jours après l'opération. On trouve à l'autopsie une pneumonie double avec dégénérescence graisseuse du cœur.

2) Mme Grob, femme robuste, âgée de 54 ans. Dans la partie inférieure du sein droit, une tumeur grosse comme une tête d'enfant, peu mobile, ulcérée au niveau de l'aréole. Une glande lymphatique fortement tuméfiée dans l'aisselle. Le 26 décembre 1866, amputation du sein avec extirpation des ganglions axillaires. On enlève aussi une partie du grand pectoral. La fièvre s'allume le soir même et la sécrétion de la plaie prend une odeur fétide. Le 1er janvier, léger frisson ; 39,4 le soir ; le lendemain on découvre un érysipèle partant de la plaie ; au bout de quatre jours, il pâlit et disparaît, mais l'opérée délire pendant la nuit ; il y a en outre de la dyspnée et de la toux avec expectoration de crachats striés de sang. Le 4 janvier, matité et souffle bronchique à la base du poumon gauche ; état général mauvais. Le lendemain, la matité s'étend et la dyspnée augmente. La plaie est béante, couverte de granulations molles. Le 6 janvier, le pouls radial disparaît et l'opérée expire vers le milieu du jour. A l'autopsie, on trouve : pneumonie fibrineuse du côté gauche ; pleurésie double, dégénérescence graisseuse du cœur.

3) Philippine Müller, âgée de 40 ans, très chétive. Tumeur de la grosseur d'une pomme, mobile, ulcérée, siégeant dans le sein droit. Dans l'aisselle, une tumeur de même volume, ulcérée aussi. Le 27 juillet 1871, extirpation du sein et d'une partie de la tumeur de l'aisselle qu'on ne parvient pas à enlever complètement. Le troisième jour, le pus prend une odeur fétide et un érysipèle se déclare ; forte fièvre, délire, langue fuligineuse, tendance au collapsus. Le 8 août, hémorrhagie secondaire assez abondante ; le pouls devient filiforme et l'opérée meurt deux jours après. A l'autopsie, on trouve de l'œdème du poumon droit et une légère hypérémie des reins.

4) Mme I., âgée de 47 ans. Tumeur squirrheuse, située en dehors de la glande mammaire gauche. Elle est mobile sur le pectoral, mais adhérente à la peau. Pas de ganglion tuméfié dans l'aisselle. Le 5 juillet 1872, extirpation de la tumeur et

d'une partie de la glande mammaire. On laisse les ganglions lymphatiques en place. Le septième jour, violent érysipèle suivi de suppuration de la glande thyroïde. Affaiblissement rapide; mort le 26 juillet.

5) Magd. Dürrenwæchter, femme robuste, âgée de 47 ans. Tumeur grosse comme le poing dans le sein gauche. Elle adhère à la peau, mais non au pectoral. Plusieurs ganglions tuméfiés dans l'aisselle. Le 29 juin 1877, amputation du sein avec extirpation des glandes lymphatiques. Le 3 juillet, la fièvre commence et atteint 39 le soir. Le lendemain, la plaie qui avait été suturée aux angles, s'ouvre dans toute sa longueur ; la suppuration est abondante, mais de bonne nature. Le 8 juillet, frisson ; la température atteint 40,4. Le 12, hémorrhagie secondaire assez abondante ; la fièvre continue et l'opérée s'affaiblit rapidement ; de la matité et des râles apparaissent à la base des deux poumons. Le 16, l'urine est foncée et contient de l'albumine ; vomissements à plusieurs reprises. La suppuration est toujours abondante, mais ne présente, à part cela, rien d'anormal. Le 17, il se produit de nouveau une hémorrhagie dans la plaie. Mort à 11 heures du soir. A l'autopsie, on trouve plusieurs nodules carcinomateux dans le grand pectoral et une thrombose de la veine axillaire gauche. Œdème des poumons et léger épanchement séreux dans la plèvre droite. Ecchymoses nombreuses sous les plèvres, sous l'endocarde du cœur gauche et dans la muqueuse du bassinet du rein gauche.

Ici aussi je dois faire remarquer qu'il y a eu progrès sensible pendant ces dernières années ; la mortalité pour les 32 premières opérations étant 12,5 %, tandis qu'elle s'abaisse à 3 % pour les 34 dernières.

Depuis 7 ans, il n'y a pas eu de cas de mort par suite d'érysipèle.

Les extirpations de récidives n'ont jamais causé la mort.

On voit d'après le résumé qui précède que quatre fois sur cinq la mort a été la suite de grandes opérations où l'on avait enlevé tout le sein et les ganglions axillaires. Dans le cas N° 4, qui fait exception, la suppuration de la glande thyroïde a causé la mort de l'opérée déjà affaiblie par un violent érysipèle.

Quoi qu'il en soit, l'extirpation du sein est une opération relativement peu grave, et si la maladie pouvait être considérée comme terminée après la cicatrisation, on aurait tout lieu de se féliciter des résultats obtenus. Malheureusement il n'en est pas ainsi : les récidives et les métastases enlèvent plus tard une grande partie des malades qui ont échappé aux périls de l'opération. C'est là qu'est le véritable danger, et la mortalité du carcinome du sein est infiniment plus grande que celle des opérations entreprises pour le guérir.

DE LA RÉCIDIVE

Je trouve dans mes observations 43 cas de récidive et ce chiffre est sans doute encore en dessous de la réalité, car il est plusieurs opérées sur lesquelles je n'ai pu me procurer que des renseignements peu exacts à ce point de vue. J'ai dit plus haut que le nombre total des opérations était 88 ; par conséquent, si l'on admet que sur 2 opérations une au moins est suivie de récidive au bout d'un temps plus ou moins court, on ne sera pas éloigné de la vérité. Cette proportion considérable montre bien l'opiniâtreté de la maladie et la difficulté qu'on éprouvera toujours à la guérir radicalement. Depuis des années on ne cesse de répéter qu'il faut opérer hardiment, enlever non seulement toute partie malade ou suspecte, mais aussi le tissu apparemment sain qui l'environne ; depuis des années les chirurgiens s'efforcent de suivre cette règle aussi exactement que possible, et, malgré tout, le résultat est encore fort loin d'être satisfaisant. Du moment que le carcinome est une affection purement locale au début, il est évident qu'on doit pouvoir l'extirper complètement lorsqu'il n'a pas encore pris une trop grande extension. Il est évident aussi que les extirpations telles qu'elles ont été pratiquées jusqu'ici sont insuffisantes dans la plupart des cas. Elles peuvent souvent prolonger la vie, mais elles l'abrègent quelquefois aussi et la guérison définitive est rare, comme je le dirai plus loin.

On a remarqué depuis longtemps que la récidive se montre très souvent déjà pendant les 6 mois qui suivent l'opération ;

après un an elle est presque rare et après 3 ans elle devient si exceptionnelle qu'on peut considérer comme guéri tout cancer qui ne repullule pas avant ce moment. D'après mes observations, je trouve que la récidive a eu lieu :

Pendant le 1er mois	19 fois
Du commencement du 2e à la fin du 6e	18 »
Du commencement du 7e à la fin du 12e	4 »
Date inconnue	2 »

On voit qu'aucune récidive n'a paru après la fin de la 1re année, mais c'est là un fait accidentel et Oldekop, qui se base sur 113 cas, en trouve 13 dans lesquels le carcinôme a repullulé 12 à 24 mois après l'opération. Sur mes 43 observations, 34 fois la récidive s'est montrée après l'extirpation du sein et 9 fois après celle d'une autre récidive. Dans deux cas seulement l'extirpation d'une récidive a été suivie d'une guérison définitive. Habituellement la tumeur reparaît plus tard à une place où l'extirpation est impossible. Souvent aussi il se produit des métastases; d'autres fois enfin les malades se refusent à subir une nouvelle opération. C'est là un inconvénient très sérieux et si les malades tenaient leur promesse et rentraient à l'hôpital dès qu'elles aperçoivent un nouveau nodule dans la cicatrice ou ses environs, le nombre des guérisons définitives serait sans doute bien plus considérable. Le cancer récidive du reste quelquefois avec une opiniâtreté telle que les efforts les plus énergiques sont inutiles.

Le cas suivant est intéressant sous ce rapport, car on a, je crois, rarement l'occasion de pratiquer un aussi grand nombre d'opérations sur la même personne.

Mme X., âgée de 40 ans, mariée, sans enfant, a remarqué en 1873 qu'elle portait dans le sein gauche une petite tumeur dont elle ne s'inquiéta pas tout d'abord, car elle était absolument indolente et ne croissait que fort lentement. En 1874, le développement de la tumeur devint tout à coup plus rapide, et au mois de juin elle avait atteint le volume d'une petite pomme. Il n'y avait pas de ganglions tuméfiés dans l'aisselle et le chirurgien consulté pratiqua l'extirpation de la tumeur et de la glande mam-

maire. Le 12 septembre, l'apparition d'une récidive nécessitait déjà une seconde opération; pendant l'année suivante, on dut encore opérer cinq fois avec le couteau et six fois avec les caustiques. Après un intervalle de onze mois, des récidives se montrèrent de nouveau dans le premier espace intercostal et dans l'aisselle. Bientôt le bras gauche devint douloureux et œdémateux, l'état général s'altéra et la mort survint au bout de quelques mois.

La récidive peut se montrer dans la plaie, dans la cicatrice, dans la peau qui les environne, dans le muscle pectoral, les cartilages costaux, les ganglions axillaires, etc.

Le tableau suivant montre quel a été leur siège dans mes 43 observations :

Plaie ou cicatrice.	20 fois.
Autour de la plaie ou de la cicatrice . .	6 »
Dans la cicatrice et les ganglions axillaires	11 »
Dans les ganglions de l'aisselle seulement	5 »
Dans les cartilages costaux	1 »

Lorsque la récidive paraît dans la plaie, il est naturel de supposer qu'une partie de la tumeur est restée en place et a continué à végéter après l'opération; il s'agit souvent sans doute dans ces cas de petits nodules plus ou moins séparés de la masse principale et cachés dans le tissu sous-cutané ou dans le pectoral; la plaie reste ouverte dans une certaine étendue, puis il se forme en un point un groupe de granulations plus pâles et plus dures que les autres, qui, lorsqu'on ne les enlève pas, finissent par reproduire une tumeur au bout d'un temps plus ou moins long. Ces récidives continues, comme on les appelle, ne sont pas les plus fréquentes; je n'en trouve que 3 cas dans mes observations. Il arrive plus souvent que la plaie se ferme, puis, au bout d'un temps variable, on voit apparaître un ou plusieurs petits nodules qui s'accroissent d'une façon continue et qui s'ulcèrent généralement avant d'avoir atteint un grand volume. Quelquefois ils siégent exactement au-dessous de la cicatrice; il semble alors qu'ils proviennent des tissus sous-jacents au-dessus desquels la plaie a

eu le temps de se fermer; très souvent, au contraire, on les trouve un peu au-dessus ou au-dessous de la cicatrice et ils ne diffèrent pas alors de ce qu'on a appelé plus spécialement récidive régionnaire. J'y reviendrai plus loin. Outre ces récidives purement locales, on en voit fréquemment d'autres qui siègent dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle et qui ne sont autre chose que des métastases à petite distance. C'est un premier pas vers la généralisation de la tumeur. Sur mes 43 cas, 5 fois ce sont les ganglions lymphatiques qui ont été seuls le siège de la récidive; une fois cette forme s'est montrée après l'extirpation totale du sein et des glandes lymphatiques; dans les 4 autres cas, on avait laissé ces dernières en place parce qu'elles ne paraissaient pas être malades. Dans 11 cas, ces récidives ont coïncidé avec la formation de nodules dans la cicatrice ou à son pourtour.

La fréquence de la récidive n'est pas la même après les différentes espèces d'opération, ainsi que le montre le tableau suivant.

Extirp. tot. cum gland. axill. 22 récid. sur 44 opérations = 50 %.

Extirp. part. sine gland. 1 } 8 récid. sur 22 opérations = 36 %.
Extirp. tot. sine gland. 7 }

On voit que d'une manière générale la récidive a été plus fréquente après les opérations où l'on avait enlevé les ganglions axillaires qu'après celles où on les avait laissés en place. Cela vient évidemment de ce qu'une tumeur qui a déjà produit un engorgement ganglionnaire est en général volumineuse, souvent adhérente à la peau ou au pectoral; il est alors bien plus difficile de l'enlever complètement et l'on devra s'attendre à ce que les récidives locales augmentent de fréquence.

Nous avons déjà vu que la récidive dans l'aisselle seule est plus fréquente lorsqu'on ménage les ganglions axillaires. En outre, sur 22 récidives après extirpation du sein et des glandes lymphatiques, je trouve 15 cas où le cancer a repullulé sur place, c'est-à-dire dans la cicatrice ou dans son voisinage immédiat; six fois la récidive s'est montrée simultanément dans la cicatrice et dans l'aisselle; une fois dans les ganglions lymphatiques.

Ce grand nombre de récidives purement locales montre bien que si le chiffre des récidives croît avec l'étendue de l'opération, c'est précisément parce qu'une tumeur qui nécessite une grande opération est déjà difficile à enlever complètement.

Lorsqu'on cherche à déterminer quel a été le siège exact des récidives, on trouve une prédilection marquée pour la partie externe de la plaie et de la cicatrice, et je crois que ce fait n'est pas sans importance au point de vue pratique. Il est vrai que trop souvent dans mes observations la place n'est pas indiquée d'une façon suffisamment exacte ; on se contente de dire si la tumeur a reparu dans la peau, dans la cicatrice ou à leur pourtour, ou bien s'il s'est produit un engorgement ganglionnaire. Quoi qu'il en soit, je trouve que dans 17 cas la récidive s'est montrée dans la partie externe de la plaie ou de la cicatrice, ou bien dans la peau de cette région ; neuf fois il y avait en même temps métastase dans l'aisselle; une fois seulement la tumeur a repullulé au-dessous de l'extrémité interne de la cicatrice.

Les autres observations sont trop peu détaillées sous ce rapport pour que je puisse les utiliser, mais il est frappant de voir que sur 18 cas, un seul fait exception à la règle. Quant à la cause de cette distribution locale des récidives, je crois qu'il faut la chercher dans le mode de développement du carcinome et dans la marche qu'il suit habituellement lorsqu'il commence à se généraliser. Il présente une tendance telle à végéter dans les capillaires lymphatiques et à suivre le cours de ces vaisseaux, que plusieurs auteurs l'ont décrit comme y prenant son origine; d'autre part, j'ai dit à propos du développement que le carcinome du sein se propage d'abord d'arrière en avant, c'est-à-dire qu'il se rapproche peu à peu de la peau; ensuite il se dirige vers l'aisselle. De même les lymphatiques de la glande mammaire cheminent d'arrière en avant pour former le plexus sous-aréolaire par lequel ils communiquent avec les lymphatiques cutanés ; de ce plexus partent 2-4 troncs qui se rendent aux ganglions axillaires. Lorsque le cancer a atteint le plexus sous-aréolaire, des éléments morbides pourront donc se répandre dans le réseau lymphatique superficiel, et comme ce réseau aboutit aussi aux ganglions axillaires, il est naturel de s'attendre à ce que la récidive se pro-

duise de préférence dans la région située entre le mamelon et les glandes lymphatiques de l'aisselle, si du moins l'on admet que la présence dans un vaisseau lymphatique d'éléments provenant d'un cancer puisse devenir le point de départ d'une récidive.

Virchow parle d'un cas de cancroïde de l'utérus où les lymphatiques du péritoine et du poumon étaient remplis de masses épithéliales qui avaient perforé les parois de ces vaisseaux et fait irruption dans la cavité abdominale et dans les bronches. Supposons les lymphatiques qui vont du sein à l'aisselle, placés dans les mêmes conditions : ne pourront-ils pas tout aussi bien servir d'origine à des nodules secondaires, qui évidemment siègeront de préférence dans la ligne allant du mamelon à l'aisselle ? Il est vrai que les vaisseaux lymphatiques émanant de la tumeur ne contiennent souvent autre chose que de la lymphe qui entraîne au fur et à mesure les éléments fournis par le cancer vers les ganglions où ils peuvent continuer à se développer. C'est peut-être grâce à cela qu'on ne voit pas habituellement des nodules secondaires se former en dehors de la tumeur principale tant qu'elle est encore en place. Lorsqu'au contraire la tumeur a été extirpée, lorsque l'incision a séparé un grand nombre de vaisseaux lymphatiques de leur origine, les circonstances sont très favorables à une stagnation de la lymphe et au développement des éléments morbides qu'elle contient. On a remarqué depuis longtemps que l'extirpation d'une tumeur cancéreuse est quelquefois suivie d'une véritable éruption de nodules de même nature aux environs de la plaie ou de la cicatrice ; les récidives se succèdent et les opérations semblent hâter l'évolution de la maladie. C'est ce qui avait fait croire à John Simon (1850), que la tumeur était un organe analogue à une glande, destiné à absorber et à éliminer les substances nuisibles contenues dans le sang ; lorsqu'on enlève la tumeur, le sang s'altère et il se produit des nodules secondaires sous forme de récidive ou de métastase. Depuis longtemps déjà cette hypothèse n'est plus admise, mais il reste vrai que l'extirpation d'un cancer paraît quelquefois hâter l'apparition de tumeurs de même nature dans les tissus voisins. Il me semble que la perturbation produite par l'opération dans la circulation pourrait bien jouer là un certain rôle.

Peut-être est-il possible de tirer des considérations précédentes quelques indications utiles pour le traitement. Lorsque la tumeur adhère à la peau ou au pectoral et aussi lorsqu'on sent dans les téguments des nodules secondaires, il est très probable que les ganglions axillaires contiennent déjà des éléments cancéreux en trop petite quantité peut-être pour produire un engorgement sensible à la palpation, mais en assez grand nombre pour amener plus tard une récidive. Il faut dans tous ces cas extirper non seulement la tumeur et la peau qui la recouvre, mais aussi les ganglions axillaires, qu'ils soient tuméfiés ou non. Il arrive fréquemment, du reste, qu'on trouve dans l'aisselle une dizaine de ganglions malades là où l'on n'était même pas sûr d'en rencontrer un.

On pourra évidemment espérer de meilleurs résultats si l'on cherche à devancer le mal au lieu de se borner à le suivre.

Voici un exemple de la marche habituelle de la maladie lorsque la tumeur adhère à la peau et qu'il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire : Mme Urech, âgée de 54 ans, a remarqué il y a deux ans une petite induration sous l'aréole du sein gauche. Le nodule a dès lors augmenté continuellement de volume en causant de temps en temps des douleurs lancinantes assez vives. Lors de l'entrée à l'hôpital, le 20 mars 1878, on constate l'existence d'une tumeur dure, de la grosseur d'une pomme, siègeant au-dessous de l'aréole à laquelle elle adhère. La tumeur est mobile sur le grand pectoral et il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 22 mars, on enlève la tumeur et la peau qui la recouvre au moyen d'une incision elliptique; pansement au thymol. La plaie se ferme en grande partie par première intention et l'opérée quitte l'hôpital le 3 avril. Aussitôt après la cicatrisation, se montrent un ou deux petits nodules autour de la cicatrice, et, en outre, un engorgement ganglionnaire assez considérable. Le 15 juillet, on extirpe la récidive locale et 5 glandes lymphatiques. Guérison assez rapide. En octobre, on enlève encore une trentaine de ganglions. Quelques semaines après, 3e récidive dans l'aisselle; la malade se refuse à une nouvelle opération.

Dans trois autres cas où il y avait adhérence à la peau sans engorgement ganglionnaire et où l'on fit l'extirpation du sein seu-

lement, des récidives ou des métastases amenèrent la mort au bout de peu de temps. Une fois seulement on obtint une guérison définitive. En utilisant à ce point de vue les observations d'Oldekop, je trouve que sur 24 cas de ce genre il y eut 6 guérisons, tandis que 18 fois la mort survint par suite de métastase ou de récidive siègeant la plupart du temps dans l'aisselle.

La direction de l'incision n'est peut-être pas indifférente dans les cas où l'on veut extirper la glande mammaire et les ganglions de l'aisselle. Kœnig conseille une incision horizontale à l'extrémité externe de laquelle aboutit une incision verticale se prolongeant jusqu'aux ganglions lymphatiques. Pourrait-on prévenir un certain nombre de récidives en s'en tenant à l'incision ancienne, parallèle aux vaisseaux lymphatiques, en ne ménageant pas trop la peau au côté externe de la tumeur et en extirpant soigneusement une bande de tissu cellulaire entre la glande mammaire et l'aisselle, c'est ce que l'expérience seule peut apprendre. La nature semble indiquer ce procédé dans les cas assez fréquents où l'on sent une sorte de cordon induré allant de la tumeur aux ganglions axillaires. Lorsqu'on enlève les glandes lymphatiques, il ne faut pas les énucléer, mais les extirper comme une seule tumeur avec toute la graisse qui les entoure ; c'est évidemment le moyen qui permet le mieux de les enlever complètement ; M. le professeur Socin a employé cette méthode dans ses dernières opérations et a tout lieu d'en être satisfait, bien que la cicatrice soit assez gênante et empêche ordinairement dans la suite l'élévation du bras au-dessus de l'horizontale.

Le diagnostic de la récidive est rarement difficile ; il est bien plus exceptionnel encore qu'il présente une importance pratique, car lorsqu'un nodule ou une induration quelconque apparaissent dans la cicatrice ou à son pourtour, on les enlèvera d'abord si possible et les examinera ensuite de plus près. Il peut cependant arriver qu'une induration fort suspecte à son début cesse de se développer et reste stationnaire ; dans d'autres cas, elle ne prend les allures d'une récidive qu'au bout d'un certain temps.

Les observations suivantes montrent combien ces nodules bénins et malins peuvent se ressembler :

1° Mme G. se présente en juin 1868 à l'hôpital de Bâle avec un cancer du sein droit dont on pratique aussitôt l'extirpation ; on enlève aussi les ganglions axillaires qui sont engorgés. 22 jours après l'opération se montre un petit nodule dur et douloureux dans le lambeau supérieur de la plaie ; après avoir augmenté de volume pendant quelques jours l'induration cesse de croître, puis commence à se résorber peu à peu ; au bout de quelque temps, il ne reste plus qu'un petit nodule tout à fait indolent. Pendant ce temps la cicatrisation de la plaie s'achève et l'opérée quitte l'hôpital à la fin de juillet. Huit mois après, elle revient avec une récidive incurable qui a débuté par l'ulcération du petit nodule en question.

2° Mlle C., âgée de 50 ans, a subi le 27 mars 1865 l'extirpation du sein droit qui contenait une petite tumeur squirrheuse ; la peau, n'étant pas adhérente, fut ménagée ainsi que les ganglions lymphatiques qui n'étaient pas engorgés. 15 mois après l'opération on extirpe une récidive de la grosseur d'une noisette située au-dessus de la cicatrice ; 3 ans plus tard, l'opérée revient à l'hôpital avec une tumeur de la grosseur d'un pois siégeant sur la cicatrice de la seconde opération. Ce nodule extirpé et examiné au microscope se compose uniquement de tissu conjonctif et graisseux. Dès lors, pas de récidive.

3° Mme L., âgée de 59 ans, a été atteinte d'un cancer du sein gauche dont on fit l'extirpation en juin 1874. Peu de temps après l'opération, deux petits nodules se montrèrent, l'un au-dessus l'autre au-dessous de la plaie ; au bout de quelque temps, l'un disparut complètement et l'autre se résorba en grande partie. 5 $^1/_2$ ans après l'opération, pas trace de récidive.

Cette dernière malade ayant été soumise pendant fort longtemps à l'usage du condurango, son médecin, qui est un homme de grande expérience, pense que ce remède n'a peut être pas été sans influence sur l'heureux résultat de l'opération. Ne possédant qu'un seul cas de ce genre, je ne puis naturellement me permettre aucune conclusion, mais il semble assez probable que si un remède quelconque peut enrayer le développement du car-

cinome, son action sera bien plus grande sur une récidive qui débute que sur une tumeur déjà ancienne ; or si les cas de guérison du cancer par le condurango peuvent tous être contestés, il n'en est pas moins vrai qu'une amélioration temporaire a été observée assez souvent pour qu'on puisse attribuer à cette écorce une certaine influence sur la marche de la maladie ; cette légère influence peut-elle suffire à prévenir quelquefois la formation d'une récidive, c'est ce qu'il serait fort important de savoir exactement. Les expériences de ce genre sont d'autant plus faciles à faire que le condurango paraît être supporté pendant un temps très prolongé sans aucun inconvénient. Je trouve dans la casuistique d'Oldekop la relation d'un cas où une tuméfaction douloureuse de la cicatrice et des ganglions axillaires disparut par l'usage de l'arsenic ; ce médicament a donc agi d'une manière remarquable sur une récidive qui paraissait inévitable et cependant il n'a qu'une action bien faible sur le cancer lui-même.

DES RÉSULTATS DÉFINITIFS DE L'OPÉRATION

A. **Mortalité.** — J'ai dit à propos du développement de la tumeur que les opérées qui n'ont pas guéri définitivement sont mortes en moyenne 3 ans après l'opération. Le tableau suivant indique plus exactement l'époque de la mort :

Pendant les 6 premiers mois	12
du 7e au 12e	12
13e 18e	5
19e 24e	2
3e année	3
4e »	1
5e »	2
6e »	0
7e »	1
date inconnue	6

Quant aux causes de la mort, elles sont peu variées, comme on peut s'en assurer :

Mortes des suites de l'opération	5
Carcinoma mammæ	8
Récidive et métastase.....	17
Carie (?) de la colonne vertébrale	3
Marasme.....	4
Hydropisie	1
Cause inconnue.....	6

Dans les cas rangés sous la rubrique carcinoma mammæ, je n'ai pu m'assurer s'il y avait eu récidive ou métastase, mais c'était certainement la tumeur du sein qui avait amené la mort d'une manière ou de l'autre. Les 3 cas de carie de la colonne vertébrale et le cas d'hydropisie pourraient être rangés avec assez de probabilité parmi les métastases, mais l'autopsie n'a pas été faite.

B. **Opérées sur lesquelles je n'ai pu me procurer aucun renseignement.** — Malgré de longues recherches, leur nombre s'élève encore à 9 ; toutes appartenaient à des cantons ou à des pays étrangers. Je ne crois cependant pas que cette lacune soit de nature à modifier les résultats auxquels je suis arrivé, du moins pas pour ce qui concerne le nombre des guérisons définitives ; tous ces cas étaient graves et avaient exigé l'extirpation totale du sein et des ganglions lymphatiques ; une fois on avait même été obligé de laisser en place une partie de la tumeur de l'aisselle ; chez trois opérées, il y avait déjà récidive lors de la sortie de l'hôpital ; chez une autre, la cicatrice qui avait d'abord bonne apparence était devenue livide et douloureuse et semblait devoir s'ulcérer. Dans un cas l'état général était mauvais, dans un autre le foie était très douloureux à la pression, sans qu'on put cependant y constater l'existence de nodules secondaires ; dans un troisième, le sein non opéré était induré et douloureux à la pression. Quant au dernier cas, le pronostic en était fort peu favorable aussi, car il s'agissait d'une tumeur très volumineuse, ulcérée et accompagnée d'un engorgement ganglionnaire considérable.

C. **Opérées vivant encore, mais avec une récidive.** — Elles sont au nombre de 4 ; l'une d'elles a été opérée le 20 octo-

bre 1877 ; on enleva la tumeur avec la peau qui la recouvrait, mais en laissant en place une partie de la glande mammaire et le mamelon. Les ganglions axillaires n'étaient pas engorgés. en janvier 1879, il se forma à l'angle externe de la plaie une petite ulcération sous laquelle on sentit bientôt une tumeur dure qui a atteint maintenant le volume d'nne noix. La cicatrice est indurée et livide, mais les ganglions axillaires ne sont pas tuméfiés. L'état général est bon. La seconde a été opérée 3 fois (la dernière fois en février 1879). Actuellement on sent un nodule de la grosseur d'un pois au-dessous de l'extrémité externe de la cicatrice. Ce nodule croît très lentement et ne cause pas de douleur; la malade ne veut pas se laisser opérer une quatrième fois. La troisième a aussi subi 3 opérations, la dernière en octobre 1878. Actuellement on sent dans l'aisselle un grand nombre de ganglions engorgés.

Chez la quatrième, enfin, on a extirpé en février 1879 un carcinome ulcéré du sein gauche avec engorgement ganglionnaire ; 4 mois après se montra une récidive qu'on enleva sans tarder.

Maintenant la plaie est fermée, mais on sent dans l'aisselle une petite glande mobile de la grosseur d'une noisette ; elle ne s'accroît pas rapidement et ne cause aucune douleur.

D. **Les malades opérées depuis moins de 3 ans et restées sans récidive jusqu'ici** sont aussi au nombre 4. La première a subi en janvier 1874 l'extirpation du sein et des ganglions axillaires ; l'année passée il s'était formé quelques « glandes » qui ont disparu depuis ; on peut espérer, semble-t-il, une guérison, mais il est en tous cas prudent d'attendre encore avant de se prononcer.

La seconde a été opérée en septembre 1878. La tumeur avait le volume d'une tête d'enfant et les ganglions axillaires étaient engorgés. Actuellement la plaie est complètement fermée et l'état général est très bon ; quant aux deux derniers cas, ils sont trop récents pour qu'on puisse rien dire encore.

E. **De la guérison définitive.** — Il est bon d'être au clair tout d'abord sur ce qu'on entend par ce terme et sur les conditions que doivent présenter les cas pour pouvoir être rangés

dans cette catégorie. L'expérience ayant appris que la récidive ne se montre que très rarement après la troisième année, on peut sans grande chance d'erreur considérer comme guéri tout cancer qui ne repullule pas au bout de ce temps. C'est ce qu'ont fait Winiwarter et Oldekop. Velpeau attendait 5 ans avant de se prononcer. Il semble que plus on recule le terme, plus on approche de l'exactitude, cependant on ne pourra pas en être certain tant qu'on ne saura pas si une tumeur qui reparaît après 3, 4, 5 ans ou plus doit être considérée comme une récidive ou comme une seconde atteinte de la maladie. Au point de vue pratique, la chose importe du reste assez peu, car ces cas sont fort rares et l'on peut admettre comme règle presque absolue qu'un cancer guéri depuis 3-5 ans ne revient pas. Il est peu naturel de considérer comme une métastase un carcinome de l'estomac se développant par exemple chez une femme opérée d'un cancer du sein il y a 10 ans, surtout si cette femme a joui d'une bonne santé pendant les 8 ou 9 années qui ont suivi l'opération. La question est évidemment tout autre si l'état général est devenu mauvais dans l'intervalle et si le siège de la seconde tumeur lui permet de s'accroître pendant longtemps avant d'amener la mort. Le cas suivant montre que les métastases peuvent quelquefois rester fort longtemps sans produire de symptômes graves.

Mlle J., a subi en septembre 1872, à l'âge de 43 ans, l'extirpation du sein gauche dans lequel s'était développé un cancer. Lors de l'opération, la tumeur présentait à peu près le volume d'une noix et datait de deux ans ; il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire et l'état général était assez bon. La plaie se ferma par première intention et il ne se produisit pas de récidive locale. Au bout de quelques mois, l'opérée commença à se plaindre de douleurs dans l'abdomen, souvent accompagnées de diarrhée ; la digestion se faisait mal et la malade perdait ses forces, mais il n'y avait pas encore de signe d'une affection locale grave. C'est seulement en avril 1879 qu'on put constater par la palpation et le toucher une tuméfaction diffuse autour de de l'utérus dont le volume était un peu augmenté. Les coliques étaient plus violentes, la diarrhée alternait avec de la constipa-

tion et la malade maigrissait rapidement. La mort survint en décembre 1879. L'autopsie ne put être faite d'une manière complète, mais on trouva autour de l'utérus une tumeur cancéreuse molle et mal limitée; les intestins étaient agglomérés, reliés entre eux et à la paroi abdominale par de nombreuses adhérences qui contenaient une foule de nodules de même nature que la tumeur périutérine; pas de nodules dans le foie.

Ainsi dans ce cas la malade est morte 7 ans seulement après l'opération, sans aucune récidive locale et cependant le cancer du péritoine était selon toute apparence la suite de celui du sein. Il est vrai que l'engorgement ganglionnaire manquait, ce qui est tout à fait insolite dans les cas de métastase, mais la marche de la maladie permet à peine de supposer que la tumeur périutérine ne fût pas en rapport avec celle du sein. Il faut donc admettre comme probable que dans certains cas rares une métastase peut se produire sans être précédée d'une infiltration des ganglions de l'aisselle.

Quant aux 5 cas de guérison que j'ai pu observer, je crois qu'on peut les considérer à bon droit comme étant constatés d'une manière certaine, car il s'est écoulé 5-13 ans depuis l'opération et l'état général n'inspire aucune inquiétude. Voici un résumé de ces 5 cas :

1) Mlle C., entrée à l'hôpital le 27 mars 1865. La malade, âgée de 46 ans, a remarqué il y a un an une petite induration douloureuse dans le sein droit. Elle augmente ordinairement de volume au moment des règles, mais ne paraît pas croître rapidement. Actuellement la tumeur est de la grosseur d'un œuf de pigeon et siége en dedans du mamelon, auquel elle est reliée par un cordon de consistance fibreuse. Elle est assez bien limitée, bosselée, mobile sur le grand pectoral et non adhérente à la peau. Pas d'engorgement ganglionnaire. L'état général est bon. Le 28 mars 1865, on extirpe la tumeur et le sein en ménageant le le mamelon. 4 ligatures ; suture de la plaie ; compresses froides.

L'examen microscopique démontre que la tumeur est un squirrhe.

Le 30 mars on enlève les sutures.

Le 2 avril, l'opérée se lève et le 7 elle quitte l'hôpital.

Le 21 juin 1866, on enlève une récidive locale de la grosseur d'une noisette siégeant au-dessus de la cicatrice.

Le 12 juin 1870, l'opérée revient à l'hôpital avec un nodule de la grosseur d'un pois dans la cicatrice de la seconde opération ; il est indolent et très dur. Après l'extirpation, on constate qu'il est composé uniquement de tissu conjonctif et adipeux.

En janvier 1880, c'est-à-dire 13 $^1/_2$ ans après l'opération, la cicatrice est nacrée, non douloureuse, peu mobile sur les tissus sous-jacents. On y voit deux très petits nodules tout à fait analogues à celui qu'on a extirpé en 1870. Ils ne causent aucune douleur et restent stationnaires. L'état général est bon.

2) E. Münzinger, entrée à l'hôpital en août 1867, à l'âge de 50 ans.

Elle paraît avoir été assez chétive dans sa jeunesse ; elle était même menacée de phthisie au dire des médecins. La menstruation s'établit à l'âge de 11 ans déjà pour ne cesser qu'il y a quelques mois. Mariée à 32 ans, la malade n'a jamais accouché à terme, mais elle a avorté deux fois.

Un an après son mariage, elle eut le typhus, puis elle fut tourmentée pendant plus de 15 ans par des eczèmes rebelles occupant successivement différentes régions du cops. C'est par hasard qu'elle découvrit il y a 5 semaines une petite tumeur dure et indolente située dans le sein droit au-dessous du mamelon. Lors de l'entrée à l'hôpital, la tumeur, profondément située, mobile, non adhérente à la peau, mesure deux pouces dans son plus grand diamètre et est presque tout à fait indolente. Pas de ganglions engorgés. La femme M. jouit actuellement d'une bonne santé et présente un certain embonpoint. Elle raconte que sa sœur s'est fait enlever à l'âge de 34 ans une tumeur du sein qui s'était développée à la suite d'un coup et qui n'a jamais récidivé.

Le 27 août 1867, extirpation de la tumeur et de la plus grande partie de la glande mammaire au moyen d'une incision elliptique comprenant le mamelon et la peau qui l'entoure. Hémorrhagie modérée. Pansement de Lister.

Un peu de fièvre pendant les trois premiers jours (rétention purulente). Le 5 septembre, on remarque deux petits nodules

suspects dans le lambeau inférieur de la plaie. Le 22 on ouvre un abcès au-dessous de la clavicule.

Le 31 octobre on enlève les deux nodules du lambeau inférieur et le reste de la glande mammaire. Les nodules sont formés d'un tissu très mou présentant la structure du carcinome.

Suppuration abondante ; le 20 novembre, on incise un petit abcès qui s'est formé sous le lambeau inférieur.

Le 25 janvier 1868, l'opérée quitte l'hôpital avant la cicatrisation complète qui s'effectue du reste peu après.

Dès lors, pas de récidive.

En janvier 1880 (12 ans après la seconde opération), la cicatrice est longue de 23 centimètres, étroite, mobile sur les tissus sous-jacents ; on ne voit ni ne sent aucun nodule ni aucune induration dans la cicatrice ou à son pourtour. Pas d'engorgement ganglionnaire. L'état général est très bon ; l'opérée travaille dans la maison et au jardin sans difficulté.

3) Marie Schwaller, entrée à l'hôpital en janvier 1873, à l'âge de 59 ans. Femme forte et extrêmement corpulente. Le pannicule adipeux est si développé qu'il forme au bord inférieur des grands pectoraux des tumeurs molles assez volumineuses ; à la paroi antérieure du thorax, la couche de graisse a environ 1 pouce d'épaisseur. Les deux seins sont très volumineux, pendants ; le gauche ne paraît plus contenir de tissu glandulaire ; à droite, on sent au-dessous de l'aréole une induration mal limitée au niveau de laquelle la peau est adhérente et bleuâtre. Pas d'engorgement ganglionnaire. La femme S. a eu plusieurs enfants, le dernier il y a 26 ans ; il y a 6 mois elle remarqua dans le sein droit une induration grosse comme une noix ; ce n'est guère que depuis 2 mois que la tumeur a commencé à croître rapidement et à devenir douloureuse.

Le 31 janvier, extirpation de la tumeur et de la glande mammaire au moyen d'une incision elliptique comprenant le mamelon. On n'aperçoit pas le pectoral qui reste recouvert d'une épaisse couche de graisse ; 2 ligatures ; 16 sutures ; bandage compressif.

La tumeur, examinée au microscope, présente la structure du

squirrhe. Léger mouvement fébrile le troisième jour ; on donne issue à une petite quantité de liquide qui s'était accumulé dans la plaie. A partir de ce moment, la guérison se poursuit sans accident et l'opérée quitte l'hôpital guérie le 17 mars. En janvier 1880, 7 ans après l'opération, la femme S. jouit d'une excellente santé; elle est domestique dans une maison de Bâle et s'acquitte sans peine de son travail malgré ses 66 ans et son embonpoint. Le sein opéré est encore assez volumineux, pendant. Le mamelon manque et à sa place on voit une cicatrice blanche, étoilée, molle, mobile sur les tissus sous-jacents. Pas d'engorgement ganglionnaire.

4) Mme L., a subi le 20 juin 1874 l'extirpation du sein gauche où il s'était formé une tumeur dure, qui n'adhérait pas à la peau, mais bien aux cartilages des côtes. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire. Mme L. était à cette époque âgée de 54 ans et l'état général était satisfaisant. La tumeur examinée au microscope présentait la structure du carcinome.

Peu de temps après la cicatrisation se montrèrent deux petits nodules douloureux à la pression et même spontanément ; l'un était situé au dessus et l'autre au-dessous de la cicatrice. Cependant l'un de ces nodules ne tarda pas à disparaître complètement, tandis que l'autre diminuait lentement de volume.

En janvier 1880, cinq ans et demi après l'opération, la cicatrice est pâle, molle, non douloureuse. Le nodule existe encore sous forme d'une petite tumeur arrondie, de la grosseur d'un pois ; il est dur, indolent et reste absolument stationnaire. L'état général est excellent.

Mme L., a fait longtemps usage du condurango après l'opération.

5) K. Zürbach, entrée à l'hôpital en août 1874, à l'âge de 47 ans.

Femme petite, bossue, mais jouissant en somme d'une assez bonne santé. Elle n'a jamais eu d'enfants. La menstruation a commencé à 19 ans et dure encore maintenant. L'hiver passé, la malade ressentit de temps en temps quelques douleurs pongitives dans les deux seins ; en mai, elle remarqua dans le sein gauche une induration de la grosseur d'une noisette qui s'accrut

depuis d'une manière continue en causant quelquefois un peu de douleur. Cette tumeur présente actuellement le volume d'un œuf; elle est bosselée, dure, un peu douloureuse à la pression, non adhérente à la peau. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 25 août, on extirpe la tumeur et la glande mammaire au moyen d'une incision ovalaire. Hémorrhagie modérée. 10 sutures; pansement de Lister. La tumeur présente la structure du squirrhe. Dans le courant de l'après-midi, légère hémorrhagie secondaire. Guérison par première intention. Le quatrième jour, il se produit tout autour de la plaie réunie par les sutures une suffusion jaunâtre comme après une forte contusion. L'opérée quitte l'hôpital le 4 septembre. Pas de récidive. En janvier 1880, 5 ans après l'opération, la cicatrice, longue de 12 centimètres, est blanche, non indurée, non douloureuse. Pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général très bon.

Comme on le voit, la plupart de ces cas présentaient lors de l'opération un caractère commun : leur peu de gravité ; aucune de ces tumeurs n'était accompagnée d'engorgement ganglionnaire et une seule adhérait à la peau. Dans le quatrième cas cependant, la tumeur adhérait aux cartilages des côtes dont on eut assez de peine à la détacher; on dut enlever la plus grande partie du pectoral.

On pourrait croire d'après cela que le cancer du sein n'est guère curable qu'au début et qu'il vaudrait peut-être mieux ne pas opérer une fois que la tumeur a produit un engorgement des ganglions de l'aisselle ; cependant ici encore il ne faut pas juger d'après un trop petit nombre de cas ; Winiwarter qui a observé et décrit 8 guérisons définitives fait au contraire remarquer que 6 fois il s'agissait de tumeurs d'apparence grave, qui avaient récidivé ou qui étaient compliquées d'engorgement ganglionnaire. Oldekop, qui a constaté 23 guérisons définitives, parle de 9 cas où les ganglions lymphatiques durent être extirpés avec la tumeur. Cette complication n'exclut donc pas la possibilité de la guérison.

Le diagnostic a été confirmé dans le 1er, le 3e, le 4e et le 5e

cas par le microscope. Quant au second cas, le fait que la tumeur a récidivé et que le nodule secondaire présentait la structure du carcinome semble devoir dissiper les doutes. La durée moyenne de la maladie jusqu'au moment de l'opération ne peut être calculée d'une manière exacte, car dans le 2e, le 3e et le 5e cas, la tumeur existait déjà probablement depuis quelque temps lorsqu'elle fut remarquée ; dans le 4e cas, la date du début est tout à fait inconnue. D'après la marche habituelle de la maladie, on peut admettre avec assez de probabilité que la durée était d'environ un an. Quant au genre d'opération, il a été à peu près le même dans les 5 cas ; chez la 1re malade on avait cependant ménagé le mamelon et chez la 2e on avait laissé en place une partie de la glande mammaire. Ces deux opérées ont été atteintes de récidive, de sorte qu'il semble en tous cas plus prudent d'enlever le mamelon et la totalité de la glande mammaire, même lorsque la tumeur n'adhère pas à la peau. Dans le 3e cas, la peau était adhérente et il n'y avait cependant pas d'engorgement ganglionnaire ; on fit l'extirpation du sein en laissant en place les glandes lymphatiques, qui, par une heureuse exception, ne contenaient pas encore d'élément morbide ; j'ai dit plus haut que dans ces cas la récidive dans l'aisselle est la règle.

Dans le 1er et le 4e cas, il existe actuellement de petits nodules dans la cicatrice, mais je ne vois aucune raison de les considérer comme des récidives, puisqu'ils sont stationnaires depuis plusieurs années et ressemblent absolument à ces petites indurations qui se forment quelquefois dans les cicatrices anciennes. L'examen microscopique d'un de ces nodules a du reste montré qu'il était composé uniquement de tissu conjonctif et adipeux.

CONCLUSIONS

On peut définitivement considérer le carcinome du sein comme étant susceptible de guérir, car les travaux les plus récents s'accordent tous à le prouver et les progrès de l'anatomie pathologique ne permettent plus de doutes pour ce qui concerne le diagnostic de ce genre de tumeur. Cependant les cas de guérison sont loin d'être fréquents. Sur mes 66 opérées j'en ai constaté 5, c'est-à-dire 7,5 %; Oldekop trouve 11,7 % et Winiwarter 4,7 % seulement.

La guérison est encore possible lorsque les ganglions lymphatiques de l'aisselle sont engorgés et aussi lorsque la tumeur adhère aux cartilages costaux; elle est possible aussi lorsque l'état général est mauvais, pourvu que la cachexie ne soit pas produite par des métastases. Il est évident que plus l'opération sera précoce, plus il sera facile d'enlever complètement la tumeur, mais c'est précisément alors qu'il faudra résister à la tentation de trop ménager les tissus environnants. Lorsque la tumeur est encore mobile et située dans la profondeur, il faut enlever toute la glande mammaire avec le mamelon. Quant aux ganglions axillaires, l'expérience a montré qu'il serait bon de les extirper plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. On

ne peut sans doute pas conseiller de les enlever dans tous les cas, mais lorsque la peau adhère à la tumeur ou lorsqu'on y sent des nodules secondaires, le danger est imminent et les glandes sont très probablement atteintes, même lorsque la palpation ne permet pas de le constater ; il faut prolonger l'incision jusque dans l'aisselle et agir comme lorsque les ganglions sont engorgés, c'est-à-dire les enlever en une seule masse avec la graisse qui les entoure, ainsi que je l'ai dit à propos de la récidive.

En suivant cette méthode, on s'exposera quelquefois à augmenter inutilement la gravité de l'opération, mais ce désavantage sera, je le crois, amplement compensé par l'amélioration des résultats définitifs.

TABLEAU GÉNÉRAL

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital.	Durée de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	Da de l'opé
		Ans			
1	Thoma.	53	Contusion sur le sein droit en août 1861. La tumeur est apparue en automne de la même année. Carcinome du sein droit, de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile sur le pectoral; ulcéré depuis 15 jours; pas d'engorg. ganglionnaire.	Env. 3 mois	5 mar
2	M. Hasler.	42	Squirrhe du sein gauche; adhère à la peau; pas d'engorgement ganglionnaire.	6 mois.	25 nov
3	M. Huber.	36	Carcinome encéphaloïde du sein droit; volume d'une tête d'adulte; pas d'adhérence à la peau; un ganglion engorgé dans l'aisselle.	6 mois.	3 déc.
4	Mme A.	45	Carcinome du sein gauche.	?	8 juin
5	Mme B.	54	Squirrhe du sein gauche.	?	24 mar
6	Mlle C.	46	Squirrhe du sein droit; non adhérent à la peau; pas d'engorg. ganglionnaire.	1 an.	27 mar

* Pour les malades non opérées, cette date indique le moment de l'entrée à l'

Opération	Complications	Récidives	Résultat définitif
. mammæ totalis gland. lève une partie grand pectoral.	Erysip. de la face.	—	† 2 novembre 1862. (Hydropisie.)
. mammæ totalis gland. lève une partie grand pectoral.	Hémor. secondaire.	5 décembre 1864. Nodule douloureux à l'extrémité externe de la plaie.	?
. mammæ totalis gland. ève une partie grand pectoral.	—	—	?
. mammæ.	—	3 mois après l'opération, récidive dans la cicatrice; extirpation. 2 mois après, seconde récidive; extirpation.	† environ 6 mois après l'opération. (Récidive.)
. mammæ.	—	Le 20 septembre, extirpation d'une récidive.	† 30 avril 1866 de carie (?) de la colonne vertébrale.
. mammæ.	—	15 mois après l'opération, extirpation d'une récidive. En juin 1870, extirpation d'un petit petit nodule non cancéreux de la cicatrice.	Guérison constatée après 13 $^1/_2$ ans.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital.	Date de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital.	de l'o
		Ans.			
7	Mme D.	65	Squirrhe du sein droit; ulcéré depuis quelques jours; un ganglion axillaire engorgé.	2 ans.	21 ju
8	Mme E.	36	Carcinome de la grosseur du poing dans le sein droit; adhère à la peau; pas d'engorgement ganglionnaire.	4 mois.	17 se
9	C. Fæsch.	50	Carcinome du sein gauche; peau légèrement adhér.; deux ganglions engorgés.	2 mois.	13 n
10	M. Grob.	54	Carcinome du sein droit; petite ulcération de la peau; la tumeur adhère au pectoral et les ganglions axillaires sont tuméfiés.	9 mois.	26 d
11	Mme F.	63	Mastite du côté gauche, en 1865; 1 1/2 ans plus tard, apparition d'un carcinome du même côté; la tumeur adhére au grand pectoral, mais non à la peau; un ganglion tuméfié dans l'aisselle.	6 mois.	8 ja
12	E. Munzinger.	50	Carcinome du sein droit; pas d'adhérence à la peau; pas d'engorg. ganglionnaire.	5 semaines.	27 a
13	Mme G.	38	Mère morte d'un cancer du sein; carcinome du sein droit; peau non adhérente; un ganglion lymphatique tuméfié.	2 ans.	12 ju

ération.	Complications	Récidives	Résultat définitif
. cum gland.	—	—	† 5 jours après l'opér. Pneumonie.
nammæ.	—	—	† 2 février 1866. Carcin. mammæ.
mammæ tot. land. ve une partie ponévrose du al.	—	En mars 1867, récidives dans la cicatrice et dans l'aisselle ; cachexie.	† mai 1867. Carcin. mammæ.
mammæ tot. gland. ve une partie and pectoral.	—	—	† 11 jours après l'opération. Erysipèle ; pneumonie du côté gauche ; pleurésie double.
mammæ tot. land.	Erysipèle.	—	† 4 octobre 1867. Récidive.
mammæ parsine gland.	—	Le 9e jour après l'opération, on extirpe deux récidives dans le lambeau inférieur et le reste de la glande mammaire ; cicatrisation lente.	Guérison constatée 13 ans après l'opération.
mammæ tot. gland. ve une partie ponévrose du pectoral.	—	En avril 1869, récidive locale incurable.	† en automne 1869. Récid. multiples.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital	Date de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	de l
		Ans			
14	E. Wolf.	46	Carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; tuméfaction des ganglions de l'aisselle et de la fosse sus-claviculaire.	1 ½ an.	16 a
15	M. Tschopp.	45	Carcinome du sein gauche, n'adhérant pas à la peau; entre le mamelon et l'aisselle, une seconde tumeur qui adhère à la peau; un ganglion lymph. engorgé.	1 an.	7 r
16	M. Peter.	48	Carcinome du sein droit; en dehors de la tumeur principale, un second nodule plus petit; pas d'adhérence à la peau; pas d'engorgement ganglionnaire.	4 mois.	17 j
17	E. Mühlegg.	44	Carcinome du sein gauche; la tumeur adhère à la peau et les ganglions axillaires sont engorgés.	5 mois.	29 r
18	E. Herman.	50	Carcinome du sein gauche, non adhérent à la peau; ganglions axillaires légèrement tuméfiés, mais non indurés.	1 an.	3 j
19	R. Bollinger.	43	Carcinome du sein gauche, légèrement adhérent à la peau; pas d'engorgement ganglionnaire.	Env. 6 mois.	25
20	A. Bader.	54	Carcinome du sein gauche; vaste ulcération s'étendant de l'aisselle au sternum et à la clavicule; cachexie. Incurable.	4 ans.	2 c

ération	Complications	Récidives	Résultat définitif
mammæ tot. land. re une partie onévrose du pectoral.	—	23 jours après l'opération, extirpation de plusieurs récid.	?
mammæ tot. land.	—	—	† 21 décembre 1871. Carcin. mammæ; bronchite chronique; marasme.
mammæ tot. land. age la peau ouvre les tu-	—	Le 13 décembre, on extirpe plusieurs récid. dans l'aisselle. Le 30 décembre, seconde récid. dans l'aisselle.	† en janvier 1870. Récidives multiples dans l'aisselle; tuméfaction des ganglions supra-claviculaires; œdème du bras droit.
t. cum gland. re une partie onévrose du pectoral.	Décubitus et abcès au sacrum.	—	† 3 octobre 1871. Carcin. mammæ.
mammæ tot. land.	Erysipèle.	—	† juin 1876. Carcin. mammæ.
mammæ tot. land.	—	Récidives multiples.	† août 1874. Récidives dans la cicatrice et dans la plèvre; tuméfaction considérable des gangl. bronchiques.
—	—	—	† 23 décembre 1870. Métastases; marasme.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital	Durée de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	de l'
		Ans			
21	M. Eichlisberg.	45	Carcinome du sein droit; ulcération; tuméfaction des ganglions axillaires.	4 ans.	2 ju
22	Senn.	40	Carcinome du sein gauche; mamelon enfoncé; pas d'engorgement ganglion.	1 ½ ans.	13 ju
23	P. Müller.	40	Carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; dans l'aisselle, une petite tumeur ulcérée.	1 ½ ans.	27 ju
24	S. Furter.	51	Carcinome du sein droit, adhérent à la peau; plusieurs ganglions tuméfiés dans l'aisselle.	3 mois.	9 se
25	M. von Arx.	51	Carcinome du sein droit; pas d'adhérence à la peau, ni au pectoral; un ganglion engorgé dans l'aisselle.	8 mois.	8 n
26	Mme H.	56	Squirrhe du sein gauche; mamelon rétracté.	4 ans.	14
27	S. Frei.	69	Carcinome du sein gauche; ulcération profonde; tuméfaction des ganglions axillaires, supra-claviculaires et cervicaux; œdème du bras gauche. Incurable.	4 ans.	D
28	A. Wiesner.	53	Carcinome du sein gauche; vaste ulcération de la tumeur et des ganglions axillaires; cachexie. Incurable.	Plusieurs années.	3 a

pération	Complications	Récidives.	Résultat définitif.
mammæ tot. gland. ve une partie rand pectoral.	Pleurésie.	Le 28 août, extirpation de plusieurs récidives dans la cicatrice et dans l'aisselle; érysip.	† juillet 1871. Récidives dans la cicatrice; métastases dans le foie; marasme.
mammæ parsine gland.	Erysipèle.	—	† janvier 1872. Métastases dans les poumons.
mammæ tot. gland. parvient pas à er complète- la tumeur de elle.	—	—	† 14 jours après l'opération. Erysip.
mammæ tot. gland.	—	—	† 7 juin 1873. Carcin. mammæ, carie (?) de la colonne vertébrale.
mammæ tot. gland. ve une partie rand pectoral, on ne parvient extirper la tude l'aisselle.	—	—	?
tio mammæ.	—	En juillet 1872, extirpation de plusieurs petites récidives locales.	† en été 1878. Carcin. mammæ.
—	—	—	† septembre 1872. Carcin. mammæ.
—	—	—	† 1er mai 1872. Carcin. mammæ.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital	Durée de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	D de l'o
		Ans			
29	S. Buser.	56	Carcinome du sein droit; en dehors de la tumeur principale, un petit nodule secondaire; les tumeurs adhèrent à la peau; pas d'engorgement ganglionnaire.	6 mois.	4 jui
30	Mme I.	47	Carcinome du sein gauche, adhèrent à la peau; pas de tuméfaction des ganglions axillaires.	6 mois.	5 juil
31	Mlle J.	45	Carcinome du sein gauche; pas d'adhérence à la peau.	2 ans.	19 sep
32	E. Heiz.	45	Squirrhe du sein droit; peau ulcérée; pas d'engorgement ganglionnaire	2 ans.	28 jan
33	M. Schwaller.	59	Squirrhe du sein droit; pas d'adhérence à la peau, ni d'engorgement ganglionnaire.	6 mois.	31 jan
34	A. Süsslin.	45	Carcinome kystique du sein gauche; ulcération; tuméfaction des ganglions axillaires et sus-claviculaires.	3 ans.	11 m
35	D. Leypold.	50	Carcinome du sein droit, non adhérent à la peau; un ganglion tuméfié dans l'aisselle.	?	17 m
36	Mme K.	58	Squirrhe du sein gauche, ulcéré; engorg. ganglion.	15 ans (?)	20 m

Opération	Complications	Récidives	Résultat définitif
mammæ tot. gland.	Erysipèle.	Récidives multiples.	† printemps 1877. Carcin. mammæ; récidives.
mammæ.	—	—	† 11 jours après l'opération. Erysip.; suppuration de la glande thyroïde.
mammæ tot. gland. énage la peau recouvre la tu- r.	—	—	† 10 décembre 1879. Métastases nombreuses dans le péritoine.
mammæ tot. gland. ève une partie rand et du petit oral.	—	—	?
mammæ tot. gland.	—	—	Guérison constatée 7 ans après l'opération.
tot. cum gland.	—	—	† mai 1876. Carcin. mammæ; marasme.
tot. cum gland.	—	25 novembre, extirpation d'une récidive dans l'aisselle.	† 17 décembre 1877. Récidive.
mammæ tot. gland. lève une partie grand pecto-	—	En mars 1874, extirpation de deux récidives.	† 1875. Récidives.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital	Durée de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	Da de l'op
		Ans			
37	Mme L.	45	Carcinome du sein gauche; la tumeur adhère aux cartilages costaux, mais il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.	?	20 juin
38	K. Zurbach.	47	Squirrhe du sein gauche, non adhérent à la peau; pas d'engorg. ganglionnaire.	6 mois.	25 août
39	P. Baumann.	41	Carcinome du sein gauche, ulcéré; engorgement des ganglions axillaires.	1 an.	7 nov.
40	F. Egersdorf.	27	Mastite du côté droit, il y a environ 3 ans; carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; plusieurs ganglions lymphatiques tuméfiés.	2 ans.	20 janv
41	A. Salade.	45	Carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; plusieurs ganglions engorgés dans l'aisselle.	2 ans.	2 mars
42	C. Ehlers.	50	Squirrhe du sein droit, ulcéré; engorgement de plusieurs ganglions axillaires.	Env. 5 ans.	10 août
43	M. Hermann.	48	Carcinome du sein droit, ulcéré; plusieurs ganglions tuméfiés dans l'aisselle.	17 ans.	3 sept.
44	K. Niedlisbach.	53	Carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; deux ganglions engorgés dans l'aisselle.	6 mois.	19 janv

Opération	Complications	Récidives	Résultat définitif
p. mammæ tot. e gland.	—	—	Guérison constatée 5 1/2 ans après l'opération.
p. mammæ tot. e gland.	Hémorrhagie secondaire.	—	Guérison constatée 5 ans après l'opération.
p. mammæ tot. m gland.	—	15 jours après l'opération, récidives multiples autour de la cicatrice.	† 19 octobre 1875. Carcin. mammæ; récidives; carcin. hepatis.
p. mammæ tot. m gland. nlève une partie grand pectoral, is on ne parvient s à extirper complètement tous les nglions engorgés.	—	16 avril, extirpation de plusieurs récid.	?
p. mammæ tot. m gland.	—	22 mai 1875, extirpation de plusieurs récid. dans l'aisselle.	† 8 janvier 1878. Carcin. mammæ; récidives locales et métastases dans les os.
p. mammæ tot. m gland. nlève aussi une rtie de l'aponév. grand pectoral.	—	27 septembre, extirpation d'une récidive locale.	† 29 novembre 1875. Carcin. mammæ; récidives.
p. mammæ tot. m gland. nlève en partie ponév. du grand ctoral.	—	24 octobre, récidives locales.	† 29 mars 1876. Carcin. mammæ; récidives.
p. mammæ tot. m gland.	—	8 mai 1876, récidive locale; extirpation.	† 3 septembre 1876. Carcin. mammæ.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital	Durée de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	Date de l'opér
		Ans			
45	L. Erni.	52	Mère morte de cancer du sein; carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; un ganglion engorgé dans l'aisselle.	6 ans.	5 fév. 1
46	C. Hug.	51	Mastite du côté gauche, il y a 7 ans; carcinome du sein gauche, non adhérent à la peau; un ganglion tuméfié dans l'aisselle.	Env. 6 ans.	20 fév.
47	M. Siebler.	56	Carcinome du sein droit, ulcéré; un ganglion engorgé dans l'aisselle.	13 mois.	3 avril
48	K. Däppeler.	66 $^1/_2$	Carcinome du sein gauche, non adhérent à la peau; quelques ganglions lymphatiques engorgés dans l'aisselle.	6 mois.	3 avril
49	Mme M.	52	Carcinome du sein gauche, adhérant à la peau et accompagné d'un engorgement considérable des ganglions axillaires.	1 an.	2 mai
50	J. Scherer.	47	Carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; en dehors de la tumeur principale, un petit nodule secondaire; un ganglion tuméfié dans l'aisselle.	1 an.	7 juin
51	M. Meyer.	73	A l'âge de 17 ans, mastite du côté droit; squirrhe du sein droit, ulcéré; un ganglion ulcéré dans l'aisselle.	4 ans.	17 nov
52	E. Lieb.	48	Carcinome du sein droit, adhérent à la peau; deux ganglions comme des noisettes dans l'aisselle.	9 mois.	1 déc.

Opération	Complications	Récidives	Résultat définitif
irp. mammæ tot. um gland. enlève une partie u grand pectoral.	—	—	† 29 mars 1879. Récidive.
irp. mammæ tot. ne gland.	—	18 février 1878, extirpation d'un ganglion lymphatique de l'aisselle.	† 19 mai 1879. Récid. et métastase.
irp. mammæ tot. um gland.	—	—	† 8 juillet 1876. Carcin. mammæ; dyspnée; météorisme, marasme.
irp. tot. cum gland.	—	—	†
irp. mammæ tot. um gland.	—	Récidive 8 semaines après l'opération.	† mars 1877. Récidives multiples.
irp. mammæ tot. um gland.	—	Un mois plus tard, récid. incurable.	† mars 1877. Récidive.
irp. mammæ tot. ne gland.	—	—	?
irp. mammæ tot. um gland.	—	—	† 7 décembre 1877. Carcin. mammæ; carie (?) de la colonne vertébrale.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital	Durée de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	Date de l'opér
		Ans			
53	C. Balmer.	62	Contusion au sein gauche, il y a 2 $^1/_2$ ans; carcinome du sein gauche, ulcéré fortement, adhérant au grand pectoral; engorgement ganglion. considérable dans l'aisselle gauche; anesthésie du bras correspondant; cachexie.	2 ans.	Déc. 18
54	A. Häner.	55	Contusion au sein droit, il y a 1 an; squirrhe du sein droit, adhérant à la peau; un ganglion engorgé dans l'aisselle.	1 an.	4 mai 1
55	M. Dürrenvächter.	47	Coup de pied sur le sein droit, il y a 6 ans; carcinome du sein droit, adhérant à la peau; en dehors de la tumeur principale, deux petits nodules; engorgement ganglionnaire assez considérable.	6 ans.	29 juin
56	A. Huber.	50	Carcinome du sein droit, adhérent à la peau; trois ganglions tuméfiés dans l'aisselle.	?	1er août
57	D. Staub.	64	Squirrhe du sein droit, ulcéré; pas d'engorgement ganglionnaire.	7 mois.	20 oct.
58	Mme N.	56	Carcinome du sein droit, ulcéré; plusieurs ganglions tuméfiés dans l'aisselle.	6 mois.	4 janv.
59	Mlle O.	34	Carcinome du sein gauche; en dehors du mamelon, une seconde tumeur plus petite; plusieurs ganglions tuméfiés dans l'aisselle.	1 an.	9 janv.

Opération	Complications	Récidives	Résultat final
—	—	—	† 12 juillet 1877. Carcin. mammæ; carcin. recti; métast. nombreuses.
p. mammæ tot. n gland.	—	Récidive dans la cicatrice.	† 1877. Récidive.
p. mammæ tot. n gland.	—	—	† 18 jours après l'opération. Ecchymoses mult. des séreuses; œdème des poumons.
p. mammæ tot. n gland.	—	Le 23 février 1878, extirpation de plusieurs nod. dans la cicatrice et dans l'aisselle; cachexie.	† 27 janvier 1879. Récidives dans la cicatrice et dans l'aisselle; dyspnée; collapsus.
p. mammæ par- is sine gland. ménage le ma- lon.	Pleurésie.	Récidive locale depuis le mois de janvier 1879.	Vit avec récidive.
p. mammæ tot. n gland.	—	Récidive peu après l'opération.	† 1er mars 1879. Récid. dans la plaie; marasme.
p. mammæ tot. n gland.	—	—	Pas de récidive. Janvier 1880.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital	Durée de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	D de l'op
		Ans			
60	K. Ochs.	56	Squirrhe du sein gauche, adhérent à la peau; pas de ganglions tuméfiés dans l'aisselle (?).	2 ans.	1er fév
61	M. Urech.	54	Carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; pas d'engorg. ganglionnaire.	2 ans.	22 ma
62	E. Sturm.	43	Récidive incurable d'un cancer du sein gauche; extirpé en juin 1877.	?	8 avr
63	J. Schmidlin.	43	En 1865, mastite du côté gauche; carcinome du sein gauche, adhérant à la peau; plusieurs ganglions axillaires engorgés.	8 mois.	17 jui
64	C. Mark.	61	Mastite suppurée du côté droit, il y a une dizaine d'années; carcinome du sein gauche, adhérent à la peau; pas d'engorgement ganglionnaire.	5 ans.	21 sep
65	R. Wirthli.	49	Carcinome du sein gauche, ulcéré; un ganglion tuméfié dans l'aisselle.	1 an.	20 no
66	V. Obrist.	40	Carcinome du sein gauche, ulcéré et adhérent au pectoral; plusieurs ganglions engorgés.	2 ans.	22 fév

Opération	Complications	Récidives	Résultat définitif
. mammæ tot. gland.	—	13 juillet 1878, extirpation d'une récidive dans la cicatr. et dans l'aisselle. 9 février 1879, extirpation d'une seconde récidive.	Vit avec une petite récidive dans la partie externe de la cicatrice. Janvier 1880.
. mammæ tot. gland.	—	15 juillet 1878, extirpation de plusieurs récid. dans la cicatrice et dans l'aisselle. En octobre 1878, on enlève de nouveau une récidive.	Vit avec de nouv. récid. dans l'aisselle. Janv. 1880.
—	—	—	† 26 août 1878. Récidive.
. mammæ tot. gland. lève une partie grand pectoral.	Pleurésie.	—	?
. mammæ tot. gland. lève une partie l'aponévrose du nd pectoral.	—	—	Pas de récidive. Février 1880.
. mammæ tot. gland. lève une partie grand pectoral.	—	Récidive quelques mois après l'opération.	† 27 décembre 1879. Récidive et métastases multiples.
. mammæ tot. gland. lève aussi une tie du grand pec- l.	—	28 juin, extirpation d'une récidive.	L'opérée jouit d'une bonne santé. On sent dans l'aisselle un nod. mob. gros comme une noisette. Janv. 1880.

Numéros	Nom	Age lors de l'entrée à l'hôpital	Anamnèse et état de la malade lors de l'entrée à l'hôpital	Durée de la maladie jusqu'à l'entrée à l'hôpital	D de l'o
		Ans			
67	K. Gersbach.	38	Carcinome des deux seins; ulcération et engorgement ganglion. du côté droit.	2 ans.	17 ma
68	Mme P.	42	Carcinome du sein droit; engorgement des ganglions axillaires.	?	17 ju
69	E. Ebi.	48	Carcinome du sein gauche, ulcéré; plusieurs ganglions engorgés dans l'aisselle.	2 ans.	19 ju
70	M. Schaub.	38	Carcinome du sein droit, ulcéré; plusieurs ganglions engorgés dans l'aisselle.	Env. 2 ans.	8 ao

ération	Complications	Récidives	Résultat définitif
ammæ dextræ m gland.	—	Le 3 mai, on enlève le sein gauche et une récidive du côté droit.	† 18 décembre 1879. Carcin. mammæ.
mammæ tot. land.	—	A la fin de juin, extirpation d'une récidive dans l'aisselle.	?
mammæ tot. land. re une partie nd pectoral.	—	—	Pas de récidive. Janvier 1880.
mammæ tot. land.	Erysipèle, mastite du côté gauche.	—	Pas de récidive. Janvier 1880.

RÉSUMÉ

I. Malades non opérées	4
II. Malades opérées	66
	70

De ces dernières :

Sont mortes des suites de l'opération	5
Mortes de récidives, métastases, marasme	33
Mortes de cause inconnue	6
Vivent encore, mais avec une récidive	4
Vivent sans récidive depuis moins de 3 ans	4
Vivent sans récidive depuis 5-13 ans (guéries)	5
Les renseignements manquent pour	9
	66

TABLE DES MATIERES

Pages

Avant-propos 3

I. Etiologie 7

II. Développement du carcinome du sein. — Ses différentes formes 19

III. Traitement du carcinome du sein. — Récidive. — Résultats définitifs 30

Conclusions 53

Tableau général 55

Résumé 77